Tome II. — N° 4 Novembre 1954

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE GÉNIE DE BALZAC DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE

Génie et folie

PAR

G. RAVIART (de Lille)

Dans ses « Essais de critique et d'histoire », Taine écrit en 1858 au début de son étude sur Balzac.

« Les œuvres d'esprit n'ont pas l'esprit seul pour père. L'homme entier contribue à les produire ; son caractère, son éducation et sa vie, son passé et son présent, ses passions et ses facultés, ses vertus et ses vices, toutes les parties de son âme et de son action laissent leur trace dans ce qu'il pense et ce qu'il écrit. Pour comprendre et juger Balzac, il faut connaître son humeur et sa vie. L'une et l'autre ont nourri ses romans ; comme deux courants de sève, elles ont fourni des couleurs à la fleur maladive, étrange et magnifique que l'on va décrire ici. »

Mais ces facteurs, Taine ne pouvait à la lumière seule des sciences naturelles — et particulièrement de la physiologie — auxquelles il prétendait se référer, élucider les rapports entre le génie de Balzac et sa constitution.

L'étude de la pathologie et plus singulièrement de la psychopathologie de la famille Balzac pourra seule nous éclairer.

Génie et folie sont à envisager ici dans leurs rapports.

Dès 1836, Lélut traitant « Du démon de Socrate » et, en 1846, de « L'amulette de Pascal » montrait que deux des plus grands génies des temps anciens et modernes avaient eu de véritables hallucinations, « phénomène psychologique qui évidemment n'est pas resté complètement étranger à la direction de leurs pensées et des plus importantes de leurs actions ». Et Moreau de Tours, dans « La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire » ou « De l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel », termine ainsi en 1859 sa série impressionnante d'esquisses biographiques : « nous trouvons dans nos notes les noms d'un bon nombre d'artistes contemporains, peintres, sculpteurs, artistes dramatiques », et il ajoute : « les faits que nous rapportons ne comprennent-ils pas ce que l'on pourrait appeler l'aristocratie de l'intelligence, la plupart des esprits hors-ligne qui du consentement unanime des peuples occupent les sommets du monde moral dans la politique, dans les sciences, les lettres, les arts » ? Et il conclut (page 464) : « Comme l'état mixte intellectuel, comme l'état mixte affectif, les capacités ou aptitudes intellectuelles transcendantes ont leur source dans un état extra-physiologique des organes de la pensée. Le génie, c'est-à-dire la plus haute expression, le nec plus ultra de l'activité intellectuelle qu'une névrose ? Pourquoi non ? »

Dans son étude sur Zola, Toulouse remarque qu'observer les diverses caractéristiques présentées par nos génies n'a rien d'offensant pour leur mémoire, et n'est-ce pas, ajoute-t-il, notre devoir d'essayer de comprendre le mécanisme de leurs facultés ? Quant à Zola, parlant de Louis Lambert et de l'occultisme de Balzac, il explique : « Il y avait sans doute une lésion dans ce vaste cerveau, la fêlure du génie. »

Récemment enfin, Kretschmer, au cours des exposés du samedi de la culture française, revient sur la question avec les mêmes raisons, soulignant la répugnance qu'on a de faire allusion aux troubles mentaux des hommes de génie. Si le génie n'est pas de la folie, il est une névrose ; les points de contact du génie et de la folie sont fréquents, et il cite : Gœthe, Schiller, Nietzsche, Schopenhauer, Michel-Ange, et combien d'autres qui ont présenté des idées de suicide.

« Ma joie, c'est la mélancolie », écrit Michel-Ange.

Il semblera puéril de faire suivre ce préambule d'un bref aperçu de physiologie cérébrale et des déductions qu'il com-

porte ; je ne crois cependant pas la chose sans intérêt, puisqu'elles nous conduisent à l'étude du fonctionnement intellectuel et à parler du génie.

Je partirai de cette notion simpliste que le cerveau est constitué par des cellules et des fibres, cellules groupées en centres auxquels seraient dévolues des fonctions différentes, fibres réunissant ces centres entre eux pour y conduire les excitations.

C'est grâce à la collaboration des anatomo-pathologistes, des physiologistes, des chirurgiens notamment, que des localisations se précisent de plus en plus et que nous allons pouvoir, du simple au complexe, parler des sphères motrices, sensitives, sensorielles, psychiques et, en invoquant le témoignage d'interventions chirurgicales récentes, voir la convulsion, la douleur, l'hallucination, l'angoisse heureusement combattues.

Nous nous demanderons ensuite si les facultés intellectuelles sont elles aussi localisées, si le génie peut être expliqué, et dans quelle mesure un état particulier du cerveau peut en altérer la pureté.

Voyons d'abord comment la connaissance de quelques localisations a permis d'atteindre parfois à des résultats vraiment impressionnants, en procédant à des destructions de centres ou à des sections de fibres.

Mais voici des mots nouveaux : la topectomie qui consiste, comme son nom l'indique, en l'ablation d'un lieu et la leucotomie ou lobotomie qui est la section d'un lobe, de fibres blanches conductrices ; des couronnes de trépan livrent passage aux instruments coupants.

Dans un cas, chez un homme atteint d'athétose congénitale, remuant constamment et irrésistiblement un bras au point que toute utilisation de l'autre est impossible, la destruction du centre moteur correspondant entraîne immédiatement l'arrêt des convulsions, le membre retombe inerte et l'autre resté normal peut alors être utilisé. L'infirme est devenu un travailleur.

Voici maintenant les nombreux malades torturés par la névralgie faciale au point qu'ils sont parfois acculés au suicide. Si l'on détruit le ganglion de Gasser, relais de la douleur, celle-ci peut cesser immédiatement et définitivement.

Dans un autre cas, le sujet présente des hallucinations verbales intolérables et nécessitant l'internement : la destruction partielle du centre auditif par topectomie pariétale basse bilatérale supprime instantanément les voix si pénibles. Saluons-le en passant ce centre. N'est-ce pas là que les inventions musicales se

produisaient en lui-même, selon Mozart, *comme des rêves en dehors de sa volonté*, et. chez Beethoven, séparé du monde extérieur par sa surdité.

Enfin, c'est l'angoisse qui va être supprimée en séparant par leucotomie ou lobectomie le lobe frontal, qui en est le centre, de la couche optique, siège de la douleur. Un malade obsédé, traité en vain pendant un an à l'hôpital, est guéri après cette intervention. Un autre, après un internement d'une durée de trente ans, a été guéri d'une psychonévrose grave obsessionnelle à forme d'arithmomanie.

Et l'on a la perspective de soulager de cette manière les amputés aux moignons douloureux. Chose curieuse, la douleur est encore sentie, mais le malade y est indifférent ! La charge affective est supprimée ; le caractère angoissant, la supputation de l'avenir, l'obsession disparaissent ! Enregistrons et admirons !

Après nous être réjouis de voir apporter grâce à la neurochirurgie un soulagement parfois prodigieux à la souffrance humaine, abordons le délicat problème du fonctionnement intellectuel.

Si c'est aux lobes frontaux qu'il paraît surtout dévolu, l'observation des faits permet de penser qu'ils n'y suffisent pas. On peut en effet modifier profondément la texture de ces lobes sans causer un affaiblissement intellectuel notable. Ce serait dans une région de la base du cerveau que siégerait le centre du comportement. Toute petite, abritée dans sa selle osseuse, l'hypophyse en constituerait la partie essentielle.

Chimiquement et électriquement, je dis électriquement à présent que cette fée a envahi la neurologie et alors qu'on l'enregistre sous forme d'encéphalogramme, l'hypophyse est en connexion avec tous les autres centres ; aussi mérite-t-elle le grade de chef d'orchestre qui lui a été conféré. Sorte de commutateur, Jean Lépine et moi avons employé cette comparaison, elle peut mettre au ralenti la plupart des fonctions intellectuelles (sommeil, apathie, stupeur) ou, au contraire, stimuler leur activité : dépression dans un sens, excitation dans l'autre.

L'une et l'autre pouvant atteindre le degré le plus haut, réalisant alors de véritables maladies mentales : manie, mélancolie, excitation ou dépression.

Comment ramener l'organisme au rythme normal ?

Je pense qu'il m'est permis de parler ici de l'électrochoc.

En bref, il est déclenché en faisant passer un courant électrique à travers le cerveau, une électrode étant appliquée sur chaque tempe ; presqu'instantanément, une véritable crise d'épilep-

sie se produit, et, après quelques séances, on peut voir le malade, plus singulièrement, un mélancolique, sortir de son état sans avoir éprouvé le moindre malaise.

Que s'est-il passé ? L'étude microscopique du cerveau montre qu'il existe un point de jonction ou synapse, entre les prolongements des cellules, et l'on peut supposer que c'est par un défaut de contact que la machine tourne mal ; le choc remettrait les choses en place ?

Gardons-nous de croire que ces chocs soient de tout repos, des précautions sont à prendre. Mais ceci est une autre histoire.

Revenons à notre centre régulateur. On ne doute pas qu'il soit différent chez chacun, conditionnant en quelque sorte ces mille nuances distinguant les êtres vivants. Pour faire un monde, il est puéril de rappeler de combien de sortes il est formé ; aussi de l'homme normal ne parlerons-nous pas, Max Nordau a déjà dit combien il serait ennuyeux.

Dès lors, un équilibre parfait est impossible et nous voyons se constituer les tempéraments, dont les défauts et les travers se dissimulent derrière notre rideau, s'affirmer aussi les dons, plus ou moins exceptionnels et, selon leur degré, la supériorité intellectuelle, le génie. De ce dernier, on peut dire qu'il constitue une anomalie heureuse, anomalie structurale et fonctionnelle dépendant de l'hérédité surtout, mais pouvant être acquise du fait d'un processus irritatif par exemple. Malheureusement aussi, cette anomalie géniale n'est pas toujours indépendante d'autres dispositions organiques moins heureuses dans leurs conséquences, et que nous considérerons comme la *rançon du génie.*

Cette rançon sera plus ou moins lourde, ce qui est affaire de localisation et d'intensité.

L'homme de génie présentera souvent, comme la plupart des humains, un déséquilibre d'importance variable, minime parfois, simple bizarrerie qu'on ne songera à signaler qu'en raison de la qualité de celui qui le présente.

Parler ici de folie, constituerait un paradoxe absurde.

Cependant, ce seront parfois de graves atteintes cérébrales qui seront relevées. C'est ainsi que le prodigieux Pascal a été de la naissance à la mort, physiquement et mentalement, un malade. Son autopsie en a montré les lésions.

L'histoire tout court et la littérature classique passent généralement sous silence ce qui chez les grands hommes est l'expression des défaillances psychiques ou physiques, mais la petite

histoire anecdotique, les relations des chroniqueurs, les correspondances des contemporains fourmillent de détails sur ce qui se passe chez eux comme chez le commun des mortels. On connaît l'œuvre considérable du Dr Cabanès, le grand prospecteur du cabinet secret de l'histoire. Lors de ses obsèques, notre collègue Voivenel la rappelle ainsi :

« Pauvres rois ! Tout ce qu'ils cachent, on le cherche.., et on le trouve ; les diplomates étrangers — terribles cliniciens amateurs — envoient à leurs ministres de savoureux rapports sur les secrets d'alcôve, sur les péchés de jeunesse des héritiers, les accouchements clandestins de charmantes demoiselles, des malformations... mal placées, des maladies dont on parle d'autant plus qu'elles sont... secrètes, l'illégitimité du plus légitime des monarques, telle gymnastique matrimoniale obligatoire... Pauvres, pauvres rois ! »

Moreau de Tours, qui a relevé tant d'exemples de tares psychiques chez les grands hommes, nous parle ainsi de Richelieu:

Son frère aîné, Alphonse-Louis Duplessis, était un singulier homme. Destiné à être chevalier de Malte, dans la prévision d'un naufrage, on avait voulu, enfant, lui apprendre à nager. Jamais il ne put en venir à bout. Un jour, ses parents lui en firent de grands reproches, lui disant qu'il n'était bon à rien. Piqué du mot, il s'en va droit à la rivière et se jette à l'eau ; sans un pêcheur qui accourut avec sa nacelle, il se noyait. Voyant qu'il n'était bon à rien, ses parents le firent homme d'Eglise... Une de ses visions était de se croire Dieu le Père.

La sœur de Richelieu, qui épousa Urbain de Maillé, marquis de Brézé, était folle. Elle croyait avoir un derrière de cristal, ne voulait pas s'asseoir de peur de le casser, et le tenait soigneusement entre ses deux mains, de peur qu'il ne lui arrivât malheur. Elle mourut en 1635 (A. Dumas, « Les grands hommes en robe de chambre »).

Le fameux cardinal, qualifié de drôle, grand poltron et petit crapaud par la Princesse Palatine, a eu de grands accès de folie : il se figurait qu'il était un cheval ; il sautait alors autour d'un billard en hennissant et faisant beaucoup de bruit pendant une heure, et lançant des ruades à ses domestiques. Ceux-ci le mettaient ensuite au lit, le couvraient bien pour le faire suer, et, quand le cardinal se réveillait, il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé (correspondance complète de Mme la Duchesse d'Orléans, mère du Régent).

Il s'agit évidemment là d'épilepsie psychique.

Honoré de Balzac (1799-1850)

Mais c'est de Balzac qu'il s'agira maintenant. On va voir qu'il n'échappe pas à la règle.

Le centenaire de sa mort a été l'occasion de nombreuses publications venues allonger la série des ouvrages consacrés à l'illustre auteur de la « Comédie humaine », et pourtant il m'a semblé que faisait encore défaut parmi eux le travail d'un psychiatre.

Je ne parle pas de l'état des types morbides si bien compris par lui dans son œuvre : les schizophrènes, auxquels Devic et Morin de Lyon, puis Claude et Lévy-Valensi ont consacré des articles, mais bien des manifestations mentales pathologiques présentées par Balzac lui-même.

De fait, quand, frappé par le caractère morbide de nombre de ses actes, de ses propos et de sa correspondance rapportés par sa sœur Laure Surville, par Léon Gozlan dans « Balzac en pantoufles », par Billy dans un beau livre sur sa vie, par Lovenjoul enfin dans l' « Histoire des œuvres de Balzac », j'ai cherché en vain des travaux consacrés par un aliéniste à son état mental.

Evidemment, on parle toujours de son originalité, mais, sauf erreur, aucun aliéniste n'a songé à faire le bilan des symptômes psychiatriques présentés par lui et à les ranger dans une des classifications grâce auxquelles nous cherchons à mettre un peu d'ordre pour la satisfaction de notre esprit, dans la masse des états psychopathologiques.

Il est incontestable que les tendances imaginatives se manifestent à chaque instant chez Balzac, mais les psychiatres que nous sommes ne trouvent pas leur compte dans ce diagnostic par trop élémentaire et incomplet et il y a autre chose, et plus, à dire à ce sujet.

Son médecin, le Dr Nacquart, parle bien d'arachnoïdite, mais on ne pouvait lui demander davantage en 1850, encore que cela puisse se défendre. Cabanès, dans « Balzac ignoré », parle de sa manie ambulatoire, quelque peu pathologique peut-être, puis de sa mégalomanie. Et c'est tout.

Et de Balzac lui-même, cité par Th. Gautier :

« Chez moi, l'observation était devenue intuitive, elle pénétrait l'âme sans négliger le corps, elle saisissait si bien les détails extérieurs qu'elle allait sur-le-champ au delà ; elle me donnait la faculté de vivre de la vie de l'individu sur laquelle elle s'exerçait en me permettant de me substituer à lui. Quitter ses habitudes, devenir un autre que soi par l'ivresse des facultés morales et jouer ce jeu à volonté, telle était

ma distraction. A quoi dois-je ce don ? Est-ce une seconde vue ? Est-ce une de ces qualités dont l'abus mènerait à la folie ? Je n'ai jamais recherché les causes de cette puissance, je la possède et je m'en sers, voilà tout ! »

Mais ce n'est pas ce qu'il écrit à Mme Hanska en 1837.

« Je suis inexplicable pour tous, car nul n'a le secret de ma vie et je ne veux le livrer à personne. »

Nous en discuterons plus loin.

C'est ici le lieu de souligner que les deux ouvrages de médecine consacrés à Balzac n'abordent pas le problème psychiatrique que nous posons aujourd'hui. En 1937, dans une thèse de Paris intitulée « Pathologie de Honoré de Balzac », Guérin le fait mourir d'insuffisance aortique d'origine artérielle en rapport avec la spécificité, et il déclare à la page 21 : « On ne saurait donc assimiler le cas de Louis Lambert — qu'on considère comme une autobiographie — à celui de Balzac qui *n'avait rien d'un psychopathe !* »

Plus récemment, en 1944, le Dr Bonnet-Roy, dans « Balzac, les médecins, la médecine et la science », après cette déclaration que nous regrettons : « Ce n'est point ici le lieu d'esquisser une psychologie de Balzac », termine ainsi : « aussi bien un imaginatif quand il est Balzac " imagine " à la mesure de son génie qui n'est pas celle du commun des hommes. Sous cette réserve, nous convenons qu'on puisse le dire mégalomane ».

C'est aussi de mégalomanie et surtout de mythomanie que le Dr Farnel nous parle dans les deux articles consacrés au tempérament de Balzac et à sa mythomanie, dans la « Revue des alcaloïdes », nos 69 et 71. Encore écrit-il : « En réalité, quelques bizarreries à part, on ne retrouve chez Balzac *aucun signe de déséquilibration marquée ;* sa santé morale égalait sa santé physique ! » On peut lire dans ces articles ce que Mme de Surville a écrit sur son frère, et Gozlan sur son ami. Et Farnel conclut que le Dr Dupré, le regretté psychiatre, n'aurait pas manqué de lui réserver une place d'honneur dans sa galerie des mythomanes.

Nous devons à Farnel d'avoir rapporté dans son article sur cette « mythomanie » le récit d'une réception à Charenton à laquelle assistait Esquirol, l'illustre aliéniste. On y trouve une description fort précieuse de l'excitation intellectuelle qui était une caractéristique de la psychopathologie de Balzac. La voici :

Ceci se passait en 1829, Esquirol était médecin de la Maison de Charenton, et M. de Maupas, directeur.

M. de Maupas recevait ce jour-là, à sa table, un certain nombre de personnalités et, parmi les convives, se faisait remarquer un petit homme bruyant, replet, à l'œil noir et ardent, à la bouche large et démeublée. Tout le monde ne le désignait que sous le nom d'*Honoré*. Quand les invités furent au complet, un domestique ouvrit la porte du salon et annonça : Monsieur est servi ! Celui qu'on appelait M. Honoré prit tout de suite la parole et ne la quitta plus. Il parla de lui, rien que de lui, inlassablement.

« Je n'ai encore fait que de mauvais romans, dit-il, avec une modestie feinte ; les cent volumes qui sont signés de pseudonymes divers, et dont je suis l'unique auteur, sont, je l'avoue, des essais informes. Mais le jour où je serai assez connu pour ne plus m'affubler d'un masque, ce jour-là, je l'espère, la fortune me sourira ; l'Institut m'ouvrira ses portes, la célébrité, la gloire... » Et le conteur, se lançant dans les divagations les plus éblouissantes, bâtissant des châteaux en Espagne, dont les matériaux étaient d'or et de diamant, s'aventurait dans les plus folles utopies.

A un moment, on vit Esquirol se pencher vers l'oreille de son voisin : « Vous venez, lui dit-il, de déjeuner avec un fou et un homme de génie ; lequel des deux est le fou ? — La belle malice ! Le fou... mais c'est M. Honoré ; quant à l'autre, la courtoisie de ses manières, son langage mesuré maintient qu'on est en présence d'un gentilhomme accompli et qui a reçu une éducation parfaite. — Eh ! bien, dit à mi-voix l'aliéniste, j'ai le regret de vous enlever une illusion ; celui que vous gratifiez d'un brevet de folie, n'est autre qu'un romancier qui sera bientôt illustre, un jeune écrivain d'un talent reconnu, et dont l'avenir consacrera les vastes espérances : c'est... Honoré de Balzac. »

Que l'anecdote soit ou non controuvée, elle est des plus vraisemblables. Chez Balzac, l'imagination, une imagination prodigieuse, sans limites, avait acquis de si démesurées proportions qu'elle confinait à la folie. Un peu de cette imagination se retrouvait chez son frère et chez l'une de ses sœurs : l'aînée, cette Laure qui fut sa conseillère, son Egérie.

Balzac, lui, prétendait tenir ce don surtout de sa mère : « Pauvre mère, s'écriera-t-il un jour, cette imagination qu'elle m'a donnée la jette perpétuellement du Nord au Midi et du Midi au Nord ; de tels voyages fatiguent, je le sais aussi, moi. »

Son cerveau était constamment en gésine. Il serait impossible de dénombrer ses projets de roman ; il annonçait comme terminées des œuvres dont la première page, la première ligne n'était pas, ne serait jamais écrite. Quand il disait « j'achève » cela

signifiait « je commence », ou « j'ai l'intention de faire ». Toutes les œuvres qu'il annonçait, elles existaient dans sa tête ; il en escomptait le succès, il en touchait même parfois le prix par avance, et les circonstances, d'autres préoccupations, lui faisaient oublier ses promesses, de très bonne foi d'ailleurs.

Une des dernières fantaisies du génial créateur fut d'aller en Corse cultiver de l'opium. Il exposait ses plans avec une telle assurance que ses auditeurs, avant de s'être ressaisis, n'étaient pas loin de partager ses illusions. Il magnétisait, dit-on, ceux qui prêtaient l'oreille à ses divagations ; il avait, au dire de tous ceux qui l'ont approché, un pouvoir de fascination incontestable.

Un de ses éditeurs, retournant un jour des Jardies, s'écriait : « Ma parole d'honneur, il me rendra fou comme lui. »

Maurice Alhoy, le roi de la bohème d'alors, qui lui aussi avait une imagination démesurée, avait projeté de passer une journée entière avec Balzac ; au bout de deux heures, il en revenait exténué. « Je deviens fou. Votre Balzac, mais il est plus fou que moi ; je n'ai pu résister à ce flot de paroles ; je me suis enfui. »

Philarète Chasles appelait Balzac « un halluciné qui a porté dans ses actions l'hallucination de sa pensée ». On peut dire que sa vie s'est écoulée dans un songe, un songe ininterrompu. Les êtres imaginaires qu'il créait lui apparaissaient comme des personnages réels ; c'était, pour lui, les seuls personnages réels !

Un jour, Jules Sandeau demandait à Balzac des nouvelles de sa sœur malade. Balzac l'écoute un instant, puis l'interrompant tout à coup : « Tout cela est bel et bon, mon ami, mais si nous revenions à la réalité, si nous parlions d'Eugénie Grandet. »

Pour cette imagination hypertrophiée, écrit Théophile Gautier, dans ses « Portraits contemporains », « le futur n'existait pas, tout était présent ; l'avenir évoqué se dégageait de ses brumes et prenait la netteté des choses palpables ; l'idée était si vive qu'elle devenait réelle en quelque sorte ; parlait-il d'un dîner, il le mangeait en le racontant ».

Cette facilité à se duper soi-même, cette invincible confiance en soi, cette puissance, cette hypertrophie d'imagination, la psychiatrie leur donne un nom : c'est de la mythomanie, si fréquente dans le jeune âge. Or, Balzac n'est-il pas resté jusqu'à sa mort le grand enfant qu'il fut toujours, le grand enfant que son imagination conduisit, qu'elle abusa sans cesse, et dont il fut l'inconsciente dupe.

« Comment aurions-nous le courage de le blâmer, écrit Fernel en terminant, alors qu'il nous inspire par ailleurs tant de sympathie. »

N'est-il pas opportun de rappeler ici ce qu'on peut lire dans Régis, page 259, au chapitre de l'excitation maniaque (1) ?

« Sentiment de bien-être réellement surprenant.

Besoin impérieux d'activité et de mouvement, toutes les facultés et toutes les fonctions s'exaltent par degrés ; il en résulte une mobilité extrême dans les idées et dans les actes, des déplacements continuels, des conceptions et des projets multiples, de l'instabilité de caractère.

Défaut d'enchaînement dans les idées qui surgissent en foule sans trêve, se pressant, s'accumulant, se confondant, chevauchant les unes sur les autres.

Une suractivité de l'association automatique des représentations mentales qui déterminent chez les malades des rapprochements extraordinaires. Bons mots. Calembours. Le sommeil est nul ou presque nul. Les conceptions ambitieuses. L'appétit est exagéré et va dans certains cas jusqu'à la voracité.

Dans la sphère intellectuelle toutes les facultés sont dans un état d'exaltation extrême. L'imagination surexcitée fait concevoir aux malades mille projets aussitôt abandonnés que conçus ; ce sont des combinaisons d'affaires, des projets politiques et sociaux, des inventions, des idées scientifiques, artistiques, littéraires qui surgissent en foule..., ils n'ont rien en eux-mêmes d'absurde... Souvent même, ils offrent un cachet d'originalité, de nouveauté, de distinction et de supériorité qui les rend vraiment remarquables. On a vu des malades, dans cet état, réaliser des innovations utiles, trouver des solutions importantes et mettre au jour des productions de haute valeur, se montrant plus intelligents et plus féconds qu'ils ne l'avaient jamais été. »

Ne croit-on pas relire ce qui a été écrit sur Balzac et par Balzac lui-même, dont le génie créateur était fait de cette ébullition dynamique qui lui faisait pénétrer la vie du monde dans son mécanisme et sa diversité !

Mais il est temps de venir à notre tour, à la lumière de la nosographie moderne, proposer un *diagnostic* après en avoir dégagé les éléments.

Au début d'une série de volumes consacrés à ses nombreux chefs-d'œuvre peu connus, Albert Béguin, dans « Balzac visionnaire », cite en exergue ces mots adressés à Mme Hanska en 1837 : « Je suis inexplicable pour tous, car nul n'a le secret de ma vie et je ne veux le livrer à personne. »

(1) E. Régis. — *Précis de psychiatrie* (5e édition), Octave Doin et fils, éditeurs, Paris, 1914.

C'est sur ce secret que s'étend longuement, dans le premier chapitre de son « Balzac », Ernst-Robert Curtius en 1923 ; critique littéraire, il constate, mais n'explique pas. Cependant, dès mon enfance, écrit Balzac dans « La peau de chagrin », « je m'étais frappé le front, me disant comme André Chenier : il y a quelque chose là. Je croyais sentir en moi une pensée à exprimer, un système à établir, une science à expliquer ». Or, ce secret, ne le trouve-t-on pas dans le prodigieux automatisme impulsif dont il prit conscience dans l'adolescence et qui s'est manifesté dans son jeune âge, comme nous allons le voir en étudiant ses *antécédents.*

Les Balssa étaient originaires du Rouergue, et Louis, oncle d'Honoré, de mauvaise réputation, dit un témoin, accusé d'avoir assassiné une servante enceinte de lui, fut guillotiné à Albi le 16 août 1819. Son frère, aîné de onze enfants, s'appelait Bernard-François ; père d'Honoré, il retiendra d'abord notre attention.

J'ai vu de près Honoré de Balzac, disait un jour le vieux directeur du « Corsaire-Satan », le Poitevin Saint-Alme, à un de ses rédacteurs : « C'était tout à la fois un homme remarquable et l'un de nos beaux toqués, comme on dit dans les grammaires du jour, mais le père d'Honoré de Balzac ! Ah ! si vous aviez connu son père, qu'eussiez-vous dit ? », et, là-dessus, il faisait avec force gestes le portrait d'un excentrique de haute volée. Excentrique et original, écrit de lui sa fille, Mme Surville, et Honoré surenchérissant termine une lettre à sa sœur par ces deux lignes : « Nous sommes tous de fiers originaux dans notre sainte famille. Quel dommage que je ne puisse nous mettre en romans ! »

Nous voilà fixés et très à l'aise, pour à notre tour chercher en quoi notre homme de génie pouvait bien être si anormal.

Moreau de Tours, dans sa « Psychologie morbide », s'exprime ainsi :

« Le père d'Honoré de Balzac, homme d'une activité remarquable et, par parenthèse, aussi bizarre que son fils se levait d'habitude entre quatre et cinq heures du matin, hiver comme été. Un jour, il ne se leva pas du tout, bien que se portant à merveille ; le lendemain il resta pareillement au lit, le surlendemain de même, et ainsi de suite, ne s'occupant plus de rien qui lui fût personnel, mais recevant très bien ses amis et quiconque pouvait avoir besoin de lui, trouvant même moyen, sans quitter l'oreiller, de rendre de nombreux et importants services, précisément comme l'auteur de Chatterton (allusion aux tendances dépressives présentées par Alfred de Vigny). Un matin, après vingt ans passés de la sorte, il s'éveilla à quatre heures et demie,

Médailles du graveur Revol éditées par la Monnaie

BALZAC

sonna son valet de chambre, se fit donner ses vêtements, qu'il avait eu soin de faire garder, et reprit le cours de ses anciennes habitudes d'activité intelligente. »

Balzac confirme la chose lorsqu'il écrit à sa sœur : *Papa est-il toujours dans sa chambre ?*

Moreau de Tours ne nous propose pas de diagnostic, mais il n'est pas interdit de penser qu'il s'agissait là de mélancolie hypochondriaque avec conservation de l'activité intellectuelle, manifestation constitutionnelle et fréquemment héréditaire de la psychose maniaque dépressive que nous retrouverons chez le fils sous la forme d'une excitation maniaque avec son hypermnésie, sa richesse des associations d'idées et son hyperproductivité intellectuelle. N'y a-t-il pas là de quoi expliquer et conditionner l'activité surhumaine de Balzac ?

C'est maintenant de lui qu'il va s'agir ; présentons-le *physiquement* d'abord.

M. Maréchal-Duplessis, directeur du collège de Vendôme, — cité par Charles de Lovenjoul —, écrit que le vieux registre d'entrée porte textuellement :

N° 460, Honoré Balzac, âgé de huit ans et cinq mois, a eu la petite vérole, sans infirmités ; caractère sanguin, s'échauffant facilement, est sujet à quelques fièvres de chaleur. Entré au pensionnat le 22 juin 1807. S'adresser à M. Balzac son père, à Tours. Sorti le 22 avril 1813. Gros enfant joufflu et rouge de visage. L'hiver couvert d'engelures aux doigts et aux pieds. La férule, alors quelque peu encore en usage, fut obligée de l'épargner assez souvent en raison de cette incommodité et la peine était commuée en détention. Grande insouciance, taciturnité, pas de méchanceté, originalité complète.

A vingt ans, Jules de Pétigny de Blois nous le décrit ainsi :

« Balzac avait dès lors une spécialité de laideur remarquable, malgré ses petits yeux étincelants d'esprit. Une taille grosse et courte, d'épais cheveux noirs en désordre, une figure osseuse, une grande bouche, des dents ébréchées, et sa mise ne l'éloignait pas moins que sa figure de l'homme de bonnes fortunes. Le personnage si naïvement tracé dans ses œuvres c'est Balzac tel que je l'ai connu, et je ne doute pas que la plupart des maladresses, des petites humiliations de salon qu'il attribue à ses amours ne fussent pour lui des souvenirs. »

Maladroit, il ne peut apprendre à danser, tombe lors d'un bal et renonce désormais à ce sport.

Beaucoup plus tard, nous citons Gabriel Richard :

« Il nous a été donné de voir une seule fois l'illustre écrivain qu'on appelait par excellence *le père aux autres* (?). La scène se passait en 1847 dans les bureaux de « L'époque ». L'individu, gros, court, petit et criard qu'on nous désigna fit choir nos illusions à plat-ventre. Balzac ne se révélait que par le regard ; sous ses paupières brillaient des flammes inextinguibles : c'était l'œil d'aigle que les vieux soldats de l'Empire accordent à Napoléon le Grand. Il répandait autour de lui, sinon la terreur, du moins un froid de glace et une timidité invincible.

Sa voix perçante et bourrue vous arrêtait l'admiration à la gorge. Il sortit en brandissant sa massue, cette même canne sculptée sur laquelle on a fait un volume. Il ne salua pas.

J'oubliai bien vite cette entrevue pour me refaire un Balzac à ma guise, qui eût un air plus digne à porter la couronne de laurier. Aujourd'hui qu'il est mort, il est beau comme le génie. »

Bref, tout ce que nous en savons souligne sa dystrophie : de petite taille, ne mesurant que trois pieds à l'âge adulte, la tête trop forte au point qu'à Fougères on trouve difficilement un chapeau assez grand pour lui. Qualifié d'éléphant par ses condisciples et plus tard de poussah par Eléonore de Trumilly, peu soucieuse de lui accorder sa main, il se compare lui-même à un magot chinois. Il admire son nez cependant et il le recommande à David d'Angers qui exécute son buste.

Un gros garçon assez laid et sale au possible, dont l'expression habituelle de la figure, écrit Théophile Gautier, était une sorte d'hilarité puissante, de joie rabelaisienne et monacale ; d'une violence sanguine et bilieuse, qui lui donnait l'aspect d'un lion quand il s'abandonnait à la colère.

George Sand le qualifie de butor de génie.

On nous le montre manquant de goût, débraillé, le gilet aux boutons mal cousus, aux équipements grotesques, sans montre et sans argent.

« Il y avait dans la complexion physique et morale de Balzac, comme dans son allure extérieure, plus qu'il n'en fallait pour horripiler Sainte-Beuve, toujours si prompt à se replier, à se fermer, à se crisper. Si, pour lui, Hugo était un " Cyclope ", que pouvait être Balzac, en qui il détestait le manque de goût, l'exagération, la " charge ". " Balzac n'est pas vrai ! C'est un homme de génie si vous voulez, mais c'est un monstre ! ", s'écriera l'illustre critique à un dîner Magny, en mai 1863. " Mais nous sommes tous des monstres ! ", observera Gautier. » (André Billy : « Sainte-Beuve. Sa vie et son temps »).

Balzac, en homme gros et fort, se pousse bruyamment, marchant sur les pieds des gens ; sensualité, rudesse, trivialité, gaîté joviale, jactance, bonté, voilà, écrit Taine, plusieurs effets du naturel expansif.

Mais on l'a décrit aussi différemment, somptueusement vêtu et meublé.

Lamartine, qui fit sa connaissance chez Emile de Girardin, le dépeint ainsi :

« Debout devant la cheminée de marbre, il n'était pas grand, bien que le rayonnement de son visage et la mobilité de sa stature empêchaient de s'apercevoir de sa taille. Il était gros, épais, carré par la base et les épaules, le cou, la poitrine, le corps, les cuisses, les membres puissants, beaucoup de l'ampleur de Mirabeau, mais nulle lourdeur ; il y avait tant d'âme qu'elle portait cela légèrement, gaiement, comme une enveloppe souple, et nullement comme un fardeau. Mais en face du visage on ne pensait plus à la charpente. Cette parlante figure dont on ne pouvait détacher ses regards vous charmait et vous fascinait tout entier. Mais le trait dominant du visage, plus même que l'intelligence, était la bonté communicative. Il vous ravissait le cœur. Je l'aimais déjà quand nous nous mîmes à table. »

Rodin sentit que c'était dans ces quelques phrases qu'était enfermée une grande partie de sa tâche (Curtius, « Balzac », p. 368).

Parlant du portrait de Balzac jeune, Curtius le voit vif, affable, les traits incroyablement mobiles et où se trahit l'abondance des idées qui affluent en lui.

Tous étaient frappés par la beauté de ses mains et par la flamme animée de son regard. Quant aux yeux, écrit Gautier, il n'en exista jamais de pareils. Ils avaient une vie, une lumière, un magnétisme inconcevable, deux diamants noirs qu'éclairaient par instant de riches reflets d'or, des yeux de souverain, de voyant, de dompteur.

Et pour finir, Théodore de Banville, rendant compte d'une assemblée de la Société des gens de lettres du 25 juillet 1848, note :

« Je vis en face de moi, à l'autre bout de la salle, un homme à la tête lumineuse, puissante, chevelue, éclairée par toutes les flammes de la bravoure et du génie. A qui auraient pu convenir ce vaste front, ces mèches sculpturales, ces yeux de feu, ce long nez héroïque et bizarre, ces lèvres sensuelles, cette barbe à la Rabelais, ce corps athlétique de dieu ou de taureau, sinon à l'infatigable créateur de la Comédie humaine ? »

Et tout ceci compense bien tout cela.

Voyons maintenant ce que fut *sa vie*.

S'il trahit de bonne heure quelques-unes des qualités qui devaient le rendre illustre, nul ne le remarqua, ni ne s'en souvient, écrit Mme de Surville. Placé au collège de Vendôme, et mis journellement au cachot, il y avait dévoré des livres sérieux, il s'était surmené à un point tel qu'on pria sa famille de venir en toute hâte le chercher.

C'est alors que se place une première manifestation pathologique importante dont Mme de Surville nous entretient ainsi :

« Il était atteint d'une espèce de coma qui inquiétait d'autant plus ses maîtres, qu'ils n'en voyaient pas les causes. Mon frère était pour eux un écolier paresseux ; ils ne pouvaient donc attribuer à aucune fatigue intellectuelle cette espèce de maladie cérébrale. Devenu maigre et chétif, Honoré ressemblait à ces somnambules qui dorment les yeux ouverts, il n'entendait pas la plupart des questions qu'on lui adressait et ne savait que répondre quand on lui demandait brusquement : "A quoi pensez-vous ? Où êtes-vous ?" Cet état surprenant, dont plus tard il se rendit compte, provenait d'une espèce de congestion d'idées (pour répéter ses expressions) ; il avait lu, à l'insu de ses professeurs, une grande partie de la riche bibliothèque du collège... ; c'était dans le cachot, où il se faisait mettre journellement, qu'il dévorait ces livres sérieux, qui avaient développé son esprit aux dépens de son corps. »

Quelques mois de grand air, de liberté, de détente rétablissent sa santé qui souffrit toujours d'un excès de sang, écrit Billy.

Il semble bien qu'il se soit agi là d'un accès confusionnel et dépressif entrant dans le cadre de la mélancolie, et que, à cette occasion, le commutateur dont nous avons parlé ait tourné dans le sens du ralentissement.

Honoré, dit sa mère, se croit tout ou se croit rien.

Mais le tableau va changer, externe au lycée de Tours où, bien qu'obligé de redoubler sa troisième, il laisse déjà voir de l'ambition et de l'orgueil, il dit à ses sœurs : « Petites, vous verrez qu'un jour, l'on parlera de votre frère Honoré comme d'un grand homme. Vous verrez, vous verrez... Et ses sœurs de lui rire au nez : salut au grand Balzac ! »

Voyons-le évoluer :

Ses débuts furent extrêmement pénibles et ses essais littéraires infructueux. L'insuffisance de ses ressources le contraignait aux pires situations, aux genres de vie les plus invraisemblables. A

l'image de son père, dans sa chambre de Tours, il s'isole pendant des mois dans une étroite mansarde du quartier Saint-Antoine, meublée d'une chaise dépaillée, d'une table boiteuse et d'un mauvais grabat ; couché dans le lit et coiffé d'un bonnet de coton d'une couleur problématique. Pendant tout ce temps, dit-il à Jules de Pétigny venu l'y trouver, je ne suis pas sorti de ce lit où je travaille nuit et jour à la grande œuvre que je viens heureusement de terminer ! Il s'agissait d'une tragédie en cinq actes et en vers qui ne fut jamais jouée !

Plus tard, le succès aidant, nous le voyons moins misérable.

Etourdissant de verve joviale, son euphorie s'exprime en toute occasion. Ce qu'en écrit la baronne de Pommerol, chez qui il va se reposer à Fougères, montre bien son excitation constitutionnelle. « Ce qu'il y avait de plus extraordinaire chez lui, c'était sa perpétuelle bonne humeur, tellement exubérante qu'elle devenait contagieuse. En dépit des malheurs qu'il venait de subir, il n'avait pas été un quart d'heure au milieu de nous, nous ne lui avions pas encore montré sa chambre, et déjà il nous avait fait rire aux larmes, le général et moi. »

La mobilité de ses conceptions, son orgueil, sa jovialité, la mobilité de ses idées, l'imagination hypomaniaque lui mettaient la plume en main tous les matins et tous les soirs.

Comme les malades de ce genre, il avait conscience de son état d'éréthisme intellectuel, de ses intuitions, de son observation instinctive, du don de seconde vue.

Et il se demande : « Est-ce une de ces qualités dont l'abus mènerait à la folie ? Je n'ai jamais cherché les causes de cette puissance, je la possède et je m'en sers, voilà tout. »

Ses excentricités fulgurantes, ses fugues nocturnes en robe de chambre et en pantoufles, place du Carrousel, se répètent fréquemment !

Un soir, vêtu d'une robe de chambre neuve, un flambeau de vermeil ciselé à la main, il conduit George Sand et Sandeau, du quai St-Michel à la grille du Luxembourg ! Butor de génie, disait le frère Georges, comme il appelait la bonne dame de Nohant.

De chez Latouche, à qui déplaisaient ses gauloiseries et ses bruits incongrus, il fuit en robe de chambre et en pantoufles pour attraper le coucou qui le ramènera à Paris. C'est à Latouche, cité par Sainte-Beuve, que reconnaissant d'un conseil donné il offre un cheval arabe qu'il ne posséda d'ailleurs jamais.

Certains de ses propos sont ceux d'un malade excité maniaque. Parfois, c'est un défilé de consonances en ion qu'il dévidait dans

ses moments de gaîté. Une autre fois, c'était une série de mots sans suite, répétés impulsivement et qu'improprement on a qualifiés d'hallucinations. « Patchouli patchoula, rabadji, rabadja » sont des exemples de manifestations de cette nature.

Il riait bruyamment de calembours bien niais, bien stupides. Un mot nouveau le faisait rire à se tordre.

A propos de Mame, le libraire : « Si *Mammifère* faisait le méchant, dites-lui... ».

Et, à la pensée d'avoir un enfant, « Mon moutard me fait monter la moutarde non pas au nez, mais au cerveau. »

Après des *achats inconsidérés,* il écrit à Mme Hanska :

« Aujourd'hui, par suite de l'incapacité de ma tête, me voilà sans un liard, à la lettre. J'ai huit francs et la gouvernante sept francs. Je n'ai pas la force cérébrale de *concevoir une crainte !* Est-ce étrange ? Le calcul me prouve ma détresse et ni le cœur, ni la tête ne s'en affectent.

Voilà dix-huit ans, mon amour chéri, que je dors sur un tonneau de poudre avec une mèche allumée à cinq pas. »

Et il recommence ! Voilà bien l'absence de frein caractéristique de la manie, et dont il a conscience !

Ecoutez le fou, écrit de lui André Billy :

« Je suis sûr qu'au poids, il y aura dans notre maison trois mille kilogrammes de cuivres et bronzes dorés. C'est effrayant le bronze ! Cette maison est comme je te le disais une mine de cuivre doré, car mon ébéniste me disait qu'il y en a mille kilogrammes. A huit francs le kilo à vendre aux chaudronniers, c'est trente-deux mille francs de valeur réelle. Juge de la valeur en y ajoutant la valeur d'art ! »

Rapprochez de cela l'inventaire mégalomaniaque du mobilier et des tableaux de la maison de Passy, et vous retrouverez bien dans tous ces symptômes les caractéristiques de l'excitation maniaque.

Pour compléter notre tableau pathologique, il convient de rappeler l'étrange histoire de la bague du prophète, où nous voyons Balzac montrer son incroyable crédulité et son imagination morbide, quitter sa maison la nuit afin de partir pour le Mogol chercher les tonnes d'or offertes contre le bijou valant bien quelques sous, selon l'ami de Balzac si intempestivement éveillé. D'une violence sanguine et bilieuse, qui lui donnait l'aspect d'un lion quand il s'abandonnait à la colère, Balzac cria, fulmina contre

Laurent Jan qui ne voulait pas l'accompagner ; mais, enfin, courbé, brisé par la rage, il s'étendit sur le tapis de son intime ami et y dormit jusqu'au lendemain. Gozlan ajoute qu'il ne parla plus qu'avec beaucoup de circonspection de la bague du prophète ! On peut se demander si cet épisode n'est pas apparenté à l'épilepsie.

Comme tout maniaque, sa mobilité de l'attention et sa fuite des idées étaient telles qu'il avait vite oublié ses ennuis. Après une bordée de journaux, il rentrait aux Jardies avec des provisions de gaîté et de philosophie. Au lendemain de l'échec de ses pièces, à Gozlan qui, le croyant à plat, était venu le réconforter, il exposait ses projets, chiffrant les bénéfices sur le lait, les légumes, les raisins et les noix que lui rapporterait sa propriété, bénéfices qui ne se réaliseront jamais.

Lors de la représentation de « Quinola » à l'Odéon, qui fut un véritable désastre, on trouve Balzac endormi et ronflant au fond d'une loge. On eut toutes les peines du monde à le réveiller. Quel diagnostic faire ici, hébétude et marasme consécutif à l'épuisement ?

Les *phases dépressives,* moins fréquentes, existaient cependant chez lui.

Selon le temps, qui avait une grande influence sur Balzac, ses embarras du moment, les difficultés de son travail ou l'extrême fatigue de ses veilles, il arrivait quelquefois, se traînant à peine, morne, accablé, le teint jaune et bistré !... « Ne me console pas, c'est inutile, je suis un homme mort. Je sombrerai, ma sœur », dit-il à Laure Surville.

Il a pensé au suicide, dont il discourt assez longuement dans « Le médecin de campagne ». Son ami Etienne Arago l'a écarté un jour des berges de la Seine où il songeait à se jeter. « Je me demande, dit-il, si je ne vais pas me coucher dans ses draps humides. »

Bientôt, quoiqu'il formât encore des projets en 1850, il est obligé de constater que son feu s'épuise et qu'il ne pourra pas les réaliser. « On m'attend et je suis un sac vide ! »

Tombée, cette belle vitalité, éteinte, cette vaillante exubérance, qui rendaient sa personne si originale, si attractive !

Peu avant, il écrivait à une vieille amie :

« Quelle rapidité pour l'éclosion du mal, et quels obstacles pour les choses du bonheur ! Non ! C'est à vous dégoûter de la vie ! »

Le 5 août, il dicta cette lettre :

« Enfin, je suis dans la douleur d'un abcès à la jambe droite. C'est vous dire à quel point mes souffrances sont augmentées. Tout cela, je crois, est le prix demandé par le ciel pour l'immense bonheur de mon mariage.

Parfois il me semble que mon cerveau s'enflamme, je mourrai sur la brèche de l'intelligence. Je deviens un peu fou en attendant que je le sois tout à fait. »

Tels sont ses propos.

« Je perds parfois le sens de la verticalité. »

En 1834, le Dr Nacquart signalait déjà une légère congestion cérébrale, « inflammation du tégument des nerfs cérébraux causée par le surmenage », et il fait le diagnostic d'arachnitis.

En 1836, vertiges. En 1840, névralgie cérébrale. Il est question d'applications de cataplasmes sur la tête.

A partir de 1841, la production régulière remplace la furia honoratissima.

Hépatite, fatigue des yeux, obscurcissement, faiblesse des jambes, langueur, usure, affaiblissement progressif. Et, c'est la mort, due, selon Guérin, à de graves lésions cardio-aortiques.

N'en est-ce pas assez pour *résumer* et *conclure* ?

Témoignage d'une malformation constitutionnelle, sur un corps trop petit, la tête énorme de Balzac porte bien non seulement la comédie humaine, comme on l'a dit, mais aussi les tares ancestrales.

Méditerranéen et Albigeois, Méridional pour tout dire, à constitution euphorique, Honoré de Balzac a puisé dans son hérédité paternelle faite d'originalité et d'excentricité, de tendance aux idées réformatrices, d'optimisme, alternant avec des périodes hypochondriaques (un long alitement de vingt années à la chambre en fait foi), et dans son hérédité maternelle imaginative, curieuse d'abstractions et de symboles, d'un illuminisme exalté, son génie marqué au sceau de la *psychose maniaco-dépressive*. Que ce terme de maniaque n'induise pas ici en erreur, il n'a rien à voir avec ce que le public appelle des manies ; venant du mot fureur, il traduit l'excitation à tous les degrés, plus ou moins associée à la dépression.

A l'âge de quatorze ans, il présente au collège de Vendôme un accès confusionnel, une obtusion stupide de plusieurs semaines, semble-t-il, et improprement qualifiée de coma par l'entourage et ensuite par lui-même. Repris par sa famille, et sorti de cet état, il entre dans une excitation intellectuelle, véritable tableau de l'hypomanie chronique qui le frappe et lui fait dire joyeusement aux siens qui le raillent : « Saluez-moi, car je suis tout simplement en train de devenir un génie ! »

Il le croit en prenant conscience de cette ébullition mentale, de cette hypermnésie, de cette soif énorme de s'instruire et d'écrire.

Il va s'essayer dans tous les genres, inégalement d'abord. Infatigable, persévérant, il atteindra après plusieurs années l'expression géniale de ses dons.

Son orgueil est sans bornes, son optimisme souvent puéril et déconcertant, ses projets parfois extravagants. Il se croit appelé à réformer l'ordre social. Récemment encore ne l'a-t-on pas qualifié de Démiurge. Dans son œuvre fourmillent les intuitions prodigieusement fécondes et préscientifiques à la Jules Verne, confirmées par les découvertes les plus récentes de la biologie, de la physique..., de l'électricité.

Tout ce qui est merveilleux le séduit : transmission de pensée, magnétisme, spiritisme ont en lui un adepte enthousiaste ; il croit avoir fait des miracles par l'imposition des mains. Avant peu, je posséderai, dit-il, les secrets de cette puissance mystérieuse. Je contraindrai tous les hommes à m'obéir, toutes les femmes à m'aimer, par la seule fascination de mon regard.

Comme il arrive parfois, des périodes dépressives avec découragement et idées de suicide viennent rompre momentanément l'optimisme habituel. Nous devons signaler aussi des impulsions paroxystiques mégalomaniaques avec évaluations absurdes de grandeur et de richesse, se terminant après un emportement d'une violence extrême par un effondrement suivi de sommeil prolongé, semblant apparenté à des éléments épileptiques !

Après une existence marquée par un labeur immense, malgré la résistance qu'offrent d'ordinaire de tels malades, le volcan fut tari et sa fin prématurée.

« Avec Shakespeare et Saint-Simon, a écrit Taine, Balzac est le plus grand magasin de documents que nous ayons sur la nature humaine. »

On a comparé Balzac à la mer ; disons qu'il fut un monde avec tout ce qu'il peut réunir de passion, d'enthousiasme, de labeur et de misère.

Sa supériorité intellectuelle a été incontestablement associée aux symptômes les plus divers et parfois les plus accusés de la psychose maniaco-dépressive.

Ce génie, qui selon Lamartine manquait de bon sens, fut un grand déséquilibré.

« Mais, écrit Anatole France dans la « Vie littéraire », tome I, page 150, quand Balzac me ferait un peu peur, et si même je trouvais qu'il a parfois la pensée lourde et le style épais, il faudrait encore reconnaître sa puissance. C'est un dieu. »

Si cet essai diagnostique a pu prendre quelque intérêt, il faut convenir cependant qu'il est loin de nous avoir fait pénétrer dans le laboratoire secret du génie.

Anatole France ayant, dans « La terre et l'homme », énuméré quelques-unes des plus belles acquisitions modernes et les presciences les plus hardies, ajoute : « N'ayez pas peur que cette suite de petits cris éteints et affaiblis qui composent un livre de philosophie nous en apprenne trop sur l'univers pour que nous ne puissions plus y vivre. »

« Dans la nuit où nous sommes tous, le savant se cogne au mur, tandis que l'ignorant reste tranquillement au milieu de la chambre. »

« CONSTITUTION » ET « PROCESSUS » DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

Etude par la méthode de Rorschach

PAR

René BESSIÈRE et Joseph FUSSWERK

Le vieux problème psychiatrique des rapports entre la constitution et le processus dans la psychose schizophrénique est à nouveau à l'ordre du jour. Dans son livre « La personne du schizophrène » (1), Wyrsch a consacré un chapitre important à ce sujet.

L'auteur rappelle d'abord les théories anciennes qui notaient la nécessité d'un processus psycho-physique, soit aigu dans les poussées aiguës des schizophrènes, soit traînant et affaibli dans les cas chroniques. Il résume ensuite la conception de Bleuler pour qui la schizophrénie ne représente pas une collection de symptômes primaires sous la dépendance directe du processus, mais est constituée par une réaction psychique globale à ce processus. Par la suite, de nombreux auteurs ont essayé d'approfondir ce problème obscur, que Wyrsch reprend à son tour et essaie d'éclaircir. On pourrait dire, remarque Wyrsch, que si la personnalité, ébranlée et scindée par une phase aiguë de la maladie, se reconsolide sous la forme d'une maladie chronique, cela signifie la fin du processus et le début de la chronicité. Mais alors cet état chronique ne sera pas constitué par les symptômes du processus, mais par l'ensemble qui émane de ces symptômes. D'ailleurs, ce qui est valable pour la schizophrénie l'est aussi pour tous les processus en pathologie médicale. L'énumération

(1) *Die Person des schizophenen.* Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise, Berne, 1949.

d'une série de symptômes ne suffit pas pour donner l'essentiel de la maladie, ni éclaircir la nature de son processus.

Dans son compte rendu du livre de Wyrsch, Henri Ey (1) insiste sur une nouvelle perspective qui s'ouvre devant nous à propos de ce problème, si nous envisageons la structure primaire ou secondaire, en fonction de l'évolution de la psychose. Celle-ci s'opère, en effet, en vertu d'une succession dans le temps de phases d'activité processuelle et d'états résiduels. Il semble bien, conclut Henri Ey, et c'est aussi l'opinion de Minkowski, qu'à la succession de ces deux phases, il persiste toujours quelque chose de la première dans la seconde.

Une tentative de résoudre ce problème par une méthode psychologique, notamment par le test de Rorschach, a été entreprise par Skalweit (2). Sa thèse « Constitution et processus dans la schizophrénie » a paru en 1934. 90 malades schizophrènes chroniques, 23 malades aigus, 20 malades dans différentes phases de la maladie ont été soumis au test de Rorschach. D'après les analyses faites suivant les conceptions de l'époque, Skalweit conclut que les tests des schizophrènes ont des caractéristiques diamétralement opposées à ceux des schizoïdes. Se fondant sur ces résultats contradictoires, Skalweit a pensé que la psychose schizophrénique ne correspond pas seulement à un accroissement et à une accentuation des signes schizoïdes, mais que le processus schizophrénique transforme d'une façon fondamentale la personne schizoïde et qu'il crée quelque chose d'essentiellement nouveau (etwas principiel Neues).

Ainsi, d'après les considérations psychologiques de Kretschmer, les différences entre schizoïdes et schizophrènes ne sont qu'une question de degré et peuvent être presque imperceptibles, tandis que d'après Skalweit, les résultats du test de Rorschach vont prouver qu'entre les schizoïdes et les schizophrènes les différences sont fondamentales.

La thèse de Skalweit a été vivement critiquée par M. Bleuler, dans un article intitulé : « Le test de Rorschach comme moyen de discernement de la constitution et du processus » (3). Sans infirmer les conclusions de Skalweit, Bleuler conteste seulement la méthode employée, et, après avoir exprimé ses réserves métho-

(1) *L'évolution psychiatrique*, année 1951, fasc. I, janvier-mars.

(2) *Konstitution und Process in der schizophrenie*, George Thième, Leipzig, 1934.

(3) Der Rorschach Versuch als Unterscheidungsmittel von Konstitution und Process. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie eund psychiatrie*, Band 151, page 170, Berlin, 1934.

dologiques, il se demande, devant l'importance du problème, s'il est possible d'utiliser le test de Rorschach dans une étude aussi vaste et aussi fondamentale pour la psychiatrie.

Il semble que la controverse de Skalweit et de M. Bleuler ne porte pas sur les points qui nous paraissent essentiels.

On peut opposer à la thèse de Skalweit le fait que, s'il a étudié de nombreux schizophrènes classés suivant des stades évolutifs divers, il n'a jamais soumis à des examens successifs le même malade au cours de l'évolution de la maladie, ce qui aurait peut-être modifié ses conclusions.

Quant à l'opinion de M. Bleuler, nous pensons que, joints à d'autres méthodes d'exploration profonde telles que la narco-analyse, les tests de Rorschach employés à différentes époques de la maladie chez un même malade peuvent donner, par comparaison des tests échelonnés dans le temps, des renseignements très importants sur la modification structurale ou non de la personnalité au cours de la maladie, et apporter ainsi des données plus valables que celles de la méthode statistique.

Nous pensons donc que seule une étude individuelle en profondeur poursuivie chez chaque malade au cours de son existence, dans les mêmes conditions qui permettent la comparaison des résultats des examens successifs, peut apporter la lumière sur le problème qui nous occupe : l'absence, ou la réalité, ou les intrications du « processus » et de la « constitution ».

Pour ne pas trop allonger ce travail, nous nous bornons à apporter dans cette discussion d'il y a vingt ans, et non encore résolue, un document très humain, établi suivant cette méthode et qui nous semble intéressant, même sans vouloir en tirer de fermes conclusions.

Il s'agit d'un jeune malade de 26 ans, sténo-dactylographe, interné à l'hôpital psychiatrique de Ste-Anne, dans le service de l'un de nous, que nous avons longuement étudié, et dont nous avons pu suivre l'évolution puisqu'il est encore dans le service.

Dès son entrée, le 20 avril 1947, il a fait l'objet du certificat suivant : « Etat dépressif et anxieux, complexe d'homosexualité passive, discussions, querelles, coquetterie et semi-rupture avec l'objet aimé. Préoccupations, ruminations, intuitions, insomnies, illusions de fausse reconnaissance, idées vagues de persécution. Dissimulation auprès de parents très aimés et qu'il s'agit de ne pas inquiéter. Langue saburrale. Atteinte pulmonaire et séjour en sana. Elève-officier réformé. Réaction humorale négative dans le sang. » (R. Bessière).

On aurait pu penser qu'il s'agissait d'une réaction confusionnelle à

des troubles psychogénétiques, étant donné les traumatismes homosexuels qui précédaient immédiatement l'éclosion de la maladie. C'est au cours de cette période subaiguë, le 20 mai 1947, qu'a été pratiqué le premier test de Rorschach, par Mme Minkowska.

Traité par les électrochocs, une grande amélioration s'était produite et avait rapidement permis une sortie d'essai. Mais peu après le malade est revenu spontanément, très anxieux, et l'état a évolué en quelques mois, malgré une reprise du traitement, vers un état schizophrénique plus torpide, très caractérisé : contact très difficile, ralentissement psychique considérable, rabâchages stéréotypés, tendance aux attitudes catatoniques, inactivité totale.

C'est dans ces conditions que, le 12 février 1948, on a tenté quelques séances de narcoanalyse, qui nous ont éclairé malheureusement sur le pronostic que nous avait déjà fait craindre le test de Rorschach.

L'observation complète, avec le compte rendu des séances, a été publiée dans notre livre sur *L'hypno-analyse* (1), paru en 1950, et nous nous bornons ici à un bref complément sur l'évolution du malade pendant ces dernières années.

Après une longue période catatonique et apragmatique, le malade s'est peu à peu adapté à sa situation et au milieu et semble suivre sa nouvelle façon d'être dans le monde. Il a pu être occupé dans le quartier à de petits travaux de ménage, d'aide aux infirmiers, de commissions, tout en gardant un aspect de raideur maniérée, de mannequin, contrastant avec une obéissance aimable, une politesse de militaire, qui salue et se met au garde à vous chaque fois que le médecin lui adresse la parole. Il vit sans heurt, mais sans contact vrai, avec les autres malades, et prend ses repas seul dans un coin. L'illusion que pourrait faire naître cet ensemble d'une amélioration plus importante s'évanouit dès les premiers mots et l'on constate vite la permanence d'un état de dissociation délirante très accentuée.

Le texte du premier test de Rorschach a été offert à l'un de nous pour être l'objet d'une analyse et d'un diagnostic aveugle à une réunion de « groupements de Rorschach ». Et, pour la comparaison, nous avons entrepris un second test de Rorschach qui fut pratiqué, après sept ans d'évolution de la maladie, le 7 mai 1954.

Voici maintenant les deux textes et leurs analyses détaillées.

(1) *L'hypno-analyse dans les états schizophréniques et l'automatisme mental,* Masson, 1950, page 63. (Observation Georges).

Premier test du 20 mai 1947

PLANCHE I

1. C'est un bassin, je crois, ce sont les os, ça me paraît attaqué, rongé.	GFAn	Monde de rigidité, de destruction et de mort.
2. Je ne sais pas si c'est par la maladie, ou qu'on aurait retiré cela d'un cadavre qui aurait séjourné longtemps en terre.	GF Cadavre	Rationalisation morbide ; cherche la cause de sa façon de voir ; la maladie ou déformation, comme un résidu d'un cadavre qui a séjourné dans la terre.
3. Je suis hésitant, il faut toujours peser le côté des choses. Je serais très heureux de me connaître. On ne sait jamais...		Réponse sans rapport avec la planche. Obnubilé par l'état où il se trouve, serait heureux de savoir ce qui se passe en lui.
4. Renv. Je ne sais pas dire de ce côté.		

PLANCHE II

1. Ça nous amène à l'époque des mammouths.		L'éloignement dans le passé très reculé.
2. Deux éléphants qui se heurtent, en général des animaux. Il en faudrait un plus sage que l'autre. Il n'y a que les hommes. Il y a opposition.	GkA	Comme un éclaircissement, une réponse concrète, vivante, en rapport avec la planche. K, animale avec le verbe : se heurter, mais immédiatement après généralise l'image : des animaux.
3. Des mammouths, des animaux préhistoriques.	GFA	L'éclaircissement s'éteint, l'éloignement prend le dessus, les éléphants en lutte se transforment en mammouths et ensuite en animaux préhistoriques.
4. Renv. Le noir vaguement hippopotame, avec (rouge) des choses de glace très rigides.	DFA	Si une forme apparaît elle est très vague, se détériore et se déforme par le monde rigide et glacial du malade, elle devient ainsi un peu discordante.

PLANCHE III

1. Ça rappelle des êtres curieux, ces êtres ont une tête d'oiseaux. Ils étudient mes réactions, mon instinct.	GkA	La forme est prise au sens général (êtres) ; un élément de mystère curieux, le malade leur prête une attitude dirigée contre lui-même : « Ils étudient mon instinct. »
2. Je ne crois pas faire mal, je crois en Dieu, et pourtant je ne suis pas pratiquant, par moments j'ai prié et pense être exaucé.		Monologue sans rapport avec la planche, mais qui exprime ses préoccupations délirantes. Il se repent : « Je crois en Dieu. »
3. La bouche serait un bec en bas, les pieds du porc, on dirait plutôt un ongle, l'ongle des sangliers.	dFAd	Après ses aveux, on dirait que sa vision se rétrécit, et le malade donne quelques réponses de détails isolés.
4. Le rouge, je me demande ce que c'est, car il y a du sang, peut-être des êtres vivants, si ça peut réussir à la science.	DCF sang	Le malade réagit positivement au rouge, et sa réponse comme un appel : chose de cœur, « il y a du sang ». Il accepte la souffrance si cela peut réussir à la science.

Deuxième test du 7 mai 1954

PLANCHE I

1. Ça fait penser à une chauve-souris.	GFA	Réponse banale.
2. Aussi au squelette du bassin humain.	GFAn	Ostéologie, rigidité, l'importance du bassin dans le traumatisme et dans le délire du malade.
3. Un morceau de fonte.	GFOb	Objet d'une forme très vague.
4. Renv. On dirait que c'est une photographie sur papier glacé.	GClOb	Technique, impression de la surface.

PLANCHE II

1. Ça fait penser à un faciès, les os de tigre.	GFAd	Mauvaise forme, exprime la rigidité et la force agressive.
2. On dirait des petits oursons qui se mettent le nez l'un contre l'autre (mime). C'est tout, maître.	GkA	Passage inattendu à une interprétation concrète, vivante, naïve ; il exprime le contact et mime la réponse.
3. Renv. Ma foi, on dirait les os du bassin vus au-dessous, l'ouverture, peut-être l'anus (dit quelques mots incohérents en anglais). Je ne savais pas que l'on a des os aussi bas que ça.	GFAn	L'ostéologie prend le dessus. Il revient au bassin, le voit d'une façon très particulière, de dessous ; le blanc, c'est l'ouverture : l'anus. Cette image le rend probablement inquiet, il veut échapper à l'interprétation, se réfugie dans l'incohérence. Ramené à la planche, il conclut par une reponse absurde.

PLANCHE III

1. Deux petits moineaux qui se tiennent face à face, comme des araignees qui se font une révérence comme dans la chanson.	GkA	Interprétation concrète. Kinesthésie animale, la forme est pourtant fugitive ; dans la même réponse, les moineaux se changent en araignée, l'élément kinesthésique s'affirme : « Se tiennent face à face... », « se font une révérence ».
2. Renv. Je ne sais pas ce que cela peut donner en clignant les yeux, des crochets, des araignées ou un hanneton, la moitié d'un hanneton, il manque des antennes.	dFAd dFAd	Passe de la réponse globale aux petits détails isolés qu'il divise et dissèque encore.

Premier test du 20 mai 1947

5. Renv. Je me demande si ces idées ne vont pas s'imprégner dans mon cerveau, mon inquiétude travaille.		Le malade est nettement impressionné par la couleur rouge de la planche.

Planche IV

1. Une formation sexuelle féminine, très vaguement. 2. Renv. Sens contraire, la masculine.	GF abstr.	Interprétation abstraite, schématisation globale, généralisation rationnelle, en rapport avec son délire, où domine l'élément homosexuel. Certaine correspondance avec le climat de la planche.

Planche V

1. Il y aurait un bec de pélican.	GFAd	Les mêmes préoccupations (comme dans la planche IV), exprimées d'une façon symbolique ou imagée.
2. Renv. Une poitrine féminine de chaque côté, vaguement.	DGFAn	

Planche VI

1. Un animal très curieux, un genre de tortue déformée, dont la tête est supérieure.	GFA	L'interprétation est faite dans le sens très général, l'image n'est pas précise et naturelle, mais déformée et géante.
2. Les pattes auraient rappelé les pinces des crabes. Tortue géante.	dFAd	Passage du global aux petits détails.

Planche VII

1. On se rapproche de nouveau du bassin. En effet on a une impression des êtres.	GF être	Bien que le malade ait une vague impression des êtres, il les voit sous une forme ostéologique et en morceaux.

Deuxième test du 7 mai 1954

PLANCHE IV		
1. Cela alors est difficile. Ça fait penser à un coquillage (au milieu).	DFOb	Peut-être une signification symbolique sexuelle.
2. On dirait des pieds (quelques mots en anglais).	DFHd	L'image des pieds perturbe la marche du test. Le malade s'évade vers des associations incompréhensibles en anglais.
3. Renv. Comme ça un animal ? Mais lequel ? Un oiseau, un squelette d'oiseau, un oiseau préhistorique. J'ai eu un pigeon dans les mains, M. X... l'a trouvé, il est arrivé par miracle, etc...	GFA	Réponse globale de mauvaise forme, qui oscille dans le sens de dégradation. Quitte encore une fois la planche pour raconter une longue histoire incohérente.
4. Non, maître, je ne vois plus. Ça m'étonnerait si c'est un poisson, sorte de seiche, la pulpe, cela serait les antennes, d'ailleurs c'est bon à manger.	DFCA	Ramené à la planche, donne une interprétation F(C), procède du général (poisson) au particulier (genre de seiche), et finit par une remarque de nature gustative.
PLANCHE V		
1. Une chauve-souris.	GFA	Deux interprétations globales, banales, il précise la position des antennes.
2. Un papillon, des antennes en arrière.	GFA	
3. Renv. C'est comme ça, on dirait un papillon beaucoup plus.	répét.	Répétition ; précision.
PLANCHE VI		
1. C'est peut-être une peau de bête découpée en cuir.	GFOb	Découpé, élément de destruction. « Peut-être », « je ne sais pas », « c'est pas une » ; réponse sous forme de négation. Eléments d'hésitation, d'incertitude.
2. Renv. Je ne sais pas ce que ça peut être, ce n'est pas une libellule.	DFA	
3. Une tortue énorme ou ordinaire, la tête, le corps.	GFA	L'image oscille ; tortue énorme ou ordinaire.
4. Cela fait penser à un reptile, cobra, naja, ou à un serpent à lunettes.	DFCA	Du général au particulier.
PLANCHE VII		
1. Des têtes de lapins feminins, les lapins seraient en robes, en jupons, c'est peut-être des lapins siamois attachés avec deux têtes.	GFA	La forme, au premier abord bien vue, interprétée ensuite dans le sens du délire. En ajoutant des détails, il décrit un genre de scène naïve, les lapins déguisés en femme ; constate que les lapins sont attachés, cherche à expliquer son image dans l'hypothèse d'une monstruosité naturelle (lapin siamois).

Premier test du 20 mai 1947

2. Renv. Jambes, bras, la tête serait énorme, d'une race glacière, celle des cromagnons ; c'est très fort. Les deux êtres se font dos à dos ; je ne pense pas qu'il y ait reproduction, création nouvelle, à chaque décès, chaque être serait stérile, il y aurait génération spontanée.	GFkH	On dirait que le malade perd contact avec les êtres qu'il vient de voir, ces images s'éloignent de plus en plus dans les temps les plus anciens. Une approche momentanée avec le concret est détruite sur le coup par des généralisations abstraites dans le sens de ses préoccupations délirantes.

Planche VIII

1. Une époque de glace, on dirait une bête géante qui est énorme, préhistorique.	DFA	Le malade voit la planche à travers le monde dans lequel il vit. Les interprétations sont tout à fait en dehors de la planche-rassemblage des débris vus dans les planches précédentes.
Il y a un peu de sang dans le corps, c'est une impression. C'est bien un peu rouge, on m'a dit que j'avais un peu de daltonisme.	DCF	Sa réaction à la couleur rouge et la phrase « il y a un peu de sang encore », veut-elle exprimer un contact minime qui le maintient encore avec la réalité ?

Planche IX

1. On revient à l'époque de reproduction, c'est un bassin, des os, une formation sexuelle masculine (rose), l'autre serait féminine.		Interprétation discordante, répétition stéréotypée des généralisations abstraites, selon sa recherche délirante ; tout a trait au bassin et à la formation sexuelle.
2. Il y a du sang, la circulation.		Le sang de la planche VIII prend place dans une organisation et devient circulation.
3. Il y aurait de la flore, des plantes sur terre, la période serait plus chaude, tempérée.	GFPl	Les couleurs facilitent le contact avec le concret. Après l'interprétation générale de « la flore », il essaie de s'approcher du concret, il le précise en ajoutant : la plante mais n'arrive pas au particulier.

Planche X

1. Celle-ci me laisse perplexe, j'ai l'impression de voir des couleurs que je ne voyais pas. J'ai l'instinct un peu animal, ceux qui cherchent à me faire du mal sont punis. Je ne vais pas à la messe et pourtant je prie. J'ai l'amour de la vie.		Le malade exprime sa satisfaction parce que les couleurs lui aident à voir. Les phrases apparemment dissociées sont comme une confession déchirante de sa vie.

Deuxième test du 7 mai 1954

2. Renv. On dirait des têtes d'éléphants, presque en relief, des trompes ; ils auraient des bottes comme la police de Paris, la police motocycliste. C'est	DGFk A	On est frappé d'une part par la vivacité de la vision, et d'autre part par la fugitivité et variabilité des formes ; les pieds d'éléphants se transforment en bottes, ensuite en bottes de police de Paris et de police motocycliste, pour arriver enfin aux danseurs russes. L'élément kinesthésique vient comme par accident, en dernier lieu.

Planche VIII

1. Ça fait penser à des caméléons, pas de pléistozoaires, de chaque côté.	DFA	Il aperçoit dans la tache rouge le caméléon, mais il n'est pas satisfait et manifeste sa tendance rationnelle de définir encore son interprétation ; il le fait sous une forme de négation et en créant un néologisme, « pléistozoaire », c'est probablement une déformation de pléistocène, qui veut dire un début de quaternaire.
2. Renv. Des os ou des cartilages, des os de la colonne vertébrale ou peut-être des souris de chaque côté. C'est tout pour cette photographie de radio.	DblOs	Quelques interprétations successives du même détail blanc s'ensuivent. Même procédé du général au particulier.

Planche IX

1. Ça fait penser à la trompe des mouches (au milieu), le restant je ne sais pas.	DFAd	Très mauvaise forme, à peine en rapport avec la planche.
2. Renv. On dirait des têtes de sanglier, à moins que cela ne soit pas des têtes de dragons, dans une cathédrale, dans une église (vert).	DFAd	Interprétation originale de la tache verte ; tête agressive et fantastique, peut-être un certain désaccord avec l'endroit où il la place.
3. Peut-être une fleur, un tournesol, ou un camphre qui soit renversé. (On renverse la planche). Comme cela je la vois du bon côté.	GFPl	Du général au particulier, les deux interprétations particulières ne ressortent pas nettement de la planche. Il voit les formes renversées et ne prend pas l'initiative de les remettre à l'endroit.

Planche X

1. Deux araignées.	DFA	Réponse banale.

Premier test du 20 mai 1947

2. Il y a des fleurs variées, du jaune, du rose, du vert.	DFCPl	Essaie de voir les fleurs, mais il les désigne selon la couleur, sans les nommer.
3. Deux petites bêtes qui se sont rencontrées, qui cherchent à reproduire, à féconder.	DFA	Subitement émerge une forme vivante, mais son système délirant intervient et déforme l'interprétation en absurdité.
4. Formation sexuelle masculine et féminine, ce ne sont pas des hommes ; on dirait des petites bêtes qui ont de vastes cornes. Il y a un nez qui serait dedans.		Proie de ses forces envahissantes, revient encore une fois à ses abstractions, les formes sont confuses. Il finit par une lueur d'espoir ; l'œil qui serait vivant.

Deuxième test du 7 mai 1954

2. Deux insectes, un a l'expression de M. X... ; ils ont des yeux à côté, ils peuvent voir de côté sans tourner la tête, c'est l'avantage.	DFA	La forme n'est pas bonne. Remarque l'expression de son partenaire de vice et, après cette évocation traumatisante, finit l'interprétation par une absurdité.
3. On dirait des hippocampes.	DFA	Réponse banale.
4. Cela ressemble à l'étoile de mer, pas nécessaire dans les protozoaires, ou des amibes.	DFA	La même tendance rationnelle des classifications et des précisions (protozoaires : embranchement du règne animal renfermant les plus petites formes qui sont à la limite du règne végétal et animal).
5. Cela on dirait un diapason, ce sont les planches en couleur, même en relief.	DFOb	Reponse banale, vivacité des formes.
6. Tout à coup, en bas, j'ai vu dans un journal Violette Nozières. Quand j'étais petit j'ai entendu cela, elle a tué ses parents, on a fait une chanson de cela.		Rupture avec la planche, réponse dissociée.
7. Peut-être des ailes de papillons (jaunes), séparées comme la tenue de la Vénus de Milo, on lui a enlevé les ailes, c'est tout marbre, correct, bras croisés.	GDFO	La séparation lui inspire quelques associations inattendues, les ailes séparées du papillon le ramènent à la statue de Vénus en destruction.
8. Une tête de meximatozoaires de lapin.	DdFAd	Même néologisme classificateur.
9. Deux petits chiens, chiens de luxe, loup, loup chéri qui ont été frisés, tondus pour être élégants, chevelure trois quarts.	DFA	Description détaillée presque scénique, avec humour, du chien loulou, plusieurs détails précis.

Analyse du premier test

Triage de réponses. — Les réponses globales dominent : 12. Réponses D : 6, parmi celles-ci il n'y a que 3 DF et 3 réponses de couleur ; dd : 2, isolés. De nombreuses interprétations sont discordantes ; le malade se détache de la planche et énonce des phrases apparemment dissociées (on peut pourtant trouver certains rapports avec le délire) ou des abstractions, des généralisations, dont le rapport avec les préoccupations du malade sont incontestables. « Formation sexuelle », « reproduction du bassin », etc., se répètent d'une façon stéréotypée à travers différentes planches. Quelques interprétations caractéristiques, dans lesquelles la forme est bien vue, mais qui s'altère par l'intrusion des éléments délirants. Ex. : « Les os, vaguement hippopotames, avec des choses de glace rigides, hippopotames ».

A côté des réponses de forme, on trouve quelques kinesthésies, mais ce sont des kinesthésies animales, ou des réponses où le mouvement est à peine ébauché. Le malade réagit positivement à la couleur, aussi bien dans la planche II, III, IX et X. Pas de forme humaine.

Les expressions de base et les particularités du langage. — Le test débute dans une atmosphère de morbidité, par une réponse ostéologique, avec les adjectifs : attaqué, rongé. Il semble que le malade est conscient de son état, veut dire par sa phrase elliptique qu'en raison de sa maladie il voit le résidu d'un cadavre qui a séjourné dans la terre. Ces expressions d'agression, de destruction, de déformation, bien qu'elles présentent un élément marqué, ne sont pas très fréquentes. Un autre thème apparaît dès la seconde planche et persiste jusqu'à la fin du test : c'est l'éloignement dans le temps, le recul vers un monde d'autrefois, monde glacial, presque sans vie, peuplé de monstres préhistoriques et de mystères. « Ça nous amène à l'époque des mammouths », « les choses de glace rigides », « l'époque glaciaire », « têtes géantes, énormes ». C'est évidemment le monde du malade. Il s'y est réfugié et essaie de trouver une réponse à l'énigme de son existence. « Epoque de reproduction du bassin », « une formation sexuelle féminine et masculine », ces problèmes constituent les thèmes pseudométaphysiques obsédants de notre malade, qui rétrécissent, obscurcissent et couvrent sa vision du monde. C'est à ces problèmes seuls que se réduit le monde du malade. Formes (éloignement dans le temps) et contenu (homosexualité) s'allient et forment un bloc inséparable.

Les réponses dissociées, résultat du trouble de la pensée, ne sont pas néanmoins sans signification. Confrontées avec l'observation du malade, elles deviennent plus compréhensibles. Le malade exprime sa souffrance d'être incapable de voir et se console : « penser c'est connaître », ou ailleurs il confesse que malgré son vice il croit en Dieu et se plaint d'avoir « l'instinct d'animal, l'amour de la vie, le mal ».

Par instants il reprend le contact avec la vie, mais ce sont des éblouissements qui s'évanouissent rapidement. Le test nous permet de suivre ce qui se passe en lui. Après l'époque du mammouth, le malade aperçoit les éléphants qui se heurtent, mais il passe tout de suite du particulier au général : l'éléphant devient animal, et l'animal, animal préhistorique. Ce même processus : lutte entre le concret et l'abstrait, ainsi que l'intrusion des éléments délirants dans la vision, peut être observé dans différentes planches. Ex., VIII : « ils se tournent de dos », interrompu par « une génération spontanée », ou IX : « des petites bêtes qui se sont rencontrées », image déformée par la remarque : « qui cherchent à se reproduire ».

Bien qu'il n'y ait pas dans le test de forme humaine, on trouve quelques interprétations de mouvement, mais, dans toutes ces interprétations, l'élément kinesthésique est détérioré de différentes manières. Dans la planche III, le malade croit que les êtres vivants lui sont hostiles, ou au moins sont dirigés contre lui. « Ils étudient mes réactions, mes instincts. »

L'impossibilité de s'accrocher au concret constitue la lutte tragique du malade et sa réaction aux couleurs rouges la souligne encore d'une manière saisissante. « Ce sont des choses de cœur », dit-il (planche III). Il trouve le mot probablement cherché et ajoute : « Il y a du sang. » Aussi, dans la planche VIII, il essaie de s'évader de son monde, de la rigidité glaciale et de la souffrance, et s'écrie : « Il y a encore un peu de sang. » Il ne peut pas conserver la vision trop douloureuse du sang vivant et, dans la planche suivante, la souffrance s'estompe. Il introduit le sang dans le circuit physiologique : « La circulation ».

La couleur, en général, maintient un certain contact du malade avec le réel : « Elle me plaît plus, il y a des couleurs », dit-il en regardant la planche X. « Fleur », fleur variée », mais il est incapable de se libérer de l'armure qui le sépare de la réalité et de vivre l'image concrète.

Analyse du deuxième test

Comportement. — Le malade se prête de bon gré à l'examen. En général, il est toujours satisfait lorsqu'on l'appelle pour parler un peu avec lui. Il est très poli, même obséquieux, pourtant son visage reste immobile et conserve toujours la même expression. Il remercie chaque fois quand on lui tend et quand il remet la planche. « Merci, maître ». Il s'obstine à répéter ces mots et ne tient pas compte de l'observation. « Je ne sais plus, maître », répète-t-il d'une façon stéréotypée. De temps en temps, il s'évade de la planche, prononce des phrases dissociées, parfois en anglais, difficilement compréhensibles. Sensible aux préciosités, au milieu de l'interprétation, il lance

une observation : « Cela fait distinguer la bague. » Il tient la planche toujours de la même façon, entre les deux index, appuyant des deux côtés. Il essaie de mimer quelques réponses. Lenteur moyenne ; durée du test : 50 minutes.

Triage de réponses. — Nombre de réponses ; au moins 36. Ce nombre est plus élevé par le fait que parfois les réponses du malade sont complexes et composées, comme dans la planche VII. Ce sont des réponses globales qui dominent : 17. Nombre de D : 16. On peut souligner que les réponses de D sont devenues plus fréquentes dans les trois dernières planches de couleur où il en a donné 11. Trois dd isolés. A côté des réponses de forme banale apparaissent de nombreuses réponses de mauvaise forme. Plusieurs réponses à peine en rapport avec la planche, mais pas entièrement discordantes. Pourtant, de temps en temps, des observations tout à fait absurdes. Quand le malade abandonne la planche et se réfugie dans son délire, il est absolument impossible de le suivre. Ainsi, dans la planche IV, la mauvaise forme : oiseau, lui a donné l'occasion de broder une histoire autour du pigeon. Les réponses F sont aperçues parfois par le malade d'une façon très bizarre et inhabituelle. Dans la planche II, il voit le bassin du dessous ou dans la planche IX il voit un tournesol ou un camphre renversé.

Il y a trois réponses kinesthésiques. Dans la planche II : K animale, pourtant le contact est exprimé, « mettre le nez l'un contre l'autre ». Planche III aussi : K animale, mais antropomorphe. Planche VII, après diverses pérégrinations, il arrive aux danseurs russes. A côté de ces réponses de mouvement, on constate également des interprétations scéniques, avec des descriptions d'attitudes et d'expressivité (1). Réaction négative rouge, quelques réponses en clair-obscur.

Expressions de base. Particularités de langage. — Un des éléments caractéristiques du test, ce sont des expressions qui ont trait à la rigidité, à la dissection ou au découpage. A travers toutes les planches on retrouve « le squelette du bassin », « les os », « la moitié » de quelque chose, « il manque », « découpé », « séparé », « enlevé ».

D'autre part, la façon de voir particulière du malade c'est la forme générale. Il passe du général au particulier. Ses tendances de systématisation et généralisation, apparemment savantes, mais fausses, se sont exprimées d'une façon caricaturale dans les deux néologismes, « pleistozoaires », « maximatozoaires », presque sans rapport avec l'objet qu'il a voulu classer.

Les formes sont d'autant plus mauvaises, éloignées du concret, qu'elles sont en rapport avec le thème du délire qui trouble sa vision du monde. Ainsi, dans la planche II, l'image rigide du bassin se déforme encore ; il le voit par-dessous et aboutit à l'anus, puis ajoute

(1) Voir l'article : La psychose maniaco-dépressive et le test de Rorschach. *Annales médico-psychologiques,* juillet 1953, page 162.

une phrase absurde : « Je ne savais pas qu'on a des os aussi bas que ça. » Un autre exemple dans la planche X : l'expression du visage de son ami homosexuel déforme l'image des insectes, qui ont « les yeux de côté », ce qui amène la réflexion bizarre « il peut voir de côté sans tourner la tête, c'est l'avantage ».

Les mauvaises formes apparaissent aussi comme un témoignage de son éloignement de la planche et de la réalité. Dans IX, il parle « de trompes des mouches », sans aucune raison évidente pour nous.

Souvent le malade délaisse complètement la planche et le testeur pour se lancer dans un monologue incompréhensible, malgré les efforts pour le ramener au test.

Par moments, on est stupéfait de voir l'atmosphère entièrement transformée. Le malade donne des interprétations vibrantes de vie et de simplicité : les trois réponses kinesthésiques. On n'est pas moins étonné de voir le malade construire des interprétations en y ajoutant des détails et arriver à des ensembles amusants, naïfs et enfantins. Les couleurs l'aident à maintenir le contact avec le concret. Dans les planches colorées il abandonne les réponses globales pour les remplacer par des détails concrets et bien vus. Ainsi, dans la planche X, il accumule les images : « araignée », « hippopotame », « étoile de mer », « diapason », « Vénus de Milo », « petits chiens », et la vision est si vive qu'elle lui donne l'impression du relief.

Comparaison des deux tests

A un premier examen superficiel, on a l'impression que le deuxième test est plus encourageant, plus riche et constitue un progrès sur le précédent. En effet, les interprétations des formes sont plus nombreuses, dénuées de répétitions stéréotypées et d'abstractions globales. Le caractère des phrases dissociées a changé. Mais, si l'on étudie plus à fond les deux tests, on s'aperçoit que le progrès supposé n'est qu'apparent.

Dans le premier test, on peut voir le résultat d'un ébranlement confusionnel et anxieux, qui fait interpréter les taches par le malade dans le sens de son angoisse. Le traumatisme homosexuel se traduit par la vision obsédante et répétée des organes sexuels masculins ou féminins, sous la forme la plus générale et la plus schématique.

Ce problème sexuel apparaît aussi dans le deuxième test, mais d'une façon différente. Le schéma a disparu, les souvenirs vécus revivent. Dans la planche X, il revoit l'expression et la physionomie de son ami homosexuel. En voyant le bassin, il peut se détacher de l'ensemble envahissant et percevoir le point le plus particulier, le plus traumatisant : l'anus.

Dans la situation cahotique où se trouvait le malade au moment du premier test, il y a peu d'interprétations de forme. Dans ses réponses, il exprime son éloignement de la vie par la période glacière, la préhistoire, la race du Cromagnon.

Dans le second test, les images sont plus abondantes, mais elles sont souvent de qualité nettement inférieure. Ce sont de mauvaises formes, quoique plus concrètes. Ainsi, dans la planche II, il voit un faciès, des os de tigre, mais en réalité il reste très éloigné de la planche.

De mauvaises formes de ce genre abondent dans le second test et semblent indiquer déjà une organisation solide, et une déformation de la vision du monde.

Dans les deux tests, les formes globales dominent. Bien plus, dans le second, le malade, poussé par un besoin stérile, cherche à ranger les formes dans une classification imaginaire, dont les mots sont déjà des néologismes pseudo-scientifiques, ce qui montre l'installation du rationalisme morbide.

On trouve aussi dans les deux tests des phrases dissociées et, dans le premier, quoique parfois sans rapport avec la planche, ces phrases sont en rapport avec la vie et les tourments du malade qu'il veut nous confier et qui sont encore compréhensibles pour nous. Au contraire, dans le second, les phrases dissociées n'ont plus aucun rapport avec la planche. Parfois, un détail traumatisant ramène une émotion qu'il veut chasser en se réfugiant dans l'incohérence et l'absurdité. Ainsi, dans la planche IV, après la réponse : les pieds, il prononce quelques phrases en anglais et se lance dans la longue histoire impossible à suivre du pigeon. Le plus souvent, ces phrases dissociées n'ont plus aucun rapport avec la vie ; elles se suivent suivant des associations très larges, des similitudes (les ailes séparées, la tenue de Vénus, on lui a enlevé les ailes), ou bien elles sont complètement incohérentes (diapason, Violette Nozière, etc...). Ainsi est indiquée une altération plus profonde de la réalité, une dissociation plus avancée.

Par contre, et en opposition à cette détérioration, il est frappant de constater, dans la même planche des deux tests, la coïncidence des réponses de mouvement qui, sous une autre forme précisée, se sont enrichies et concrétisées dans le second test.

Ainsi, dans la planche II, la phrase du premier test : « deux éléphants qui se heurtent », est remplacée dans le second par : « deux petits oursons qui se mettent le nez l'un contre l'autre ».

Devant la planche VII, la première phrase : « deux êtres qui se font dos à dos », se transforme au cours du second test, après différentes images très concrètes (éléphant, botte d'éléphant,

botte de police, police motocycliste), et devient : « des danseurs russes avec leurs bottes et leurs jupons ».

Devant la même planche, il faut signaler, dans le second test, l'apparition de scènes vivantes, riches en détails qui n'existaient pas au moment du premier test. Ainsi, le malade nous décrit, planche VII : « des têtes de lapins féminins qui seraient en robe, en jupon, peut-être des lapins siamois attachés par deux têtes » ; de même dans la planche X : « des petits chiens de luxe loulou chéri qui ont été frisés, tondus pour être élégants, chevelure trois quarts ».

Toutes ces modifications du deuxième test paraissent parfaitement correspondre au changement constaté dans la présentation du malade. Quoique plus dissocié et délirant qu'il y a sept ans, il a cependant trouvé une certaine adaptation puisqu'il est poli, aimable avec ses camarades et qu'il s'acquitte avec une automatique régularité des quelques obligations ménagères qu'il a volontiers acceptées. Néanmoins, notre conclusion écrite après traitement par la narco-analyse reste toujours valable : « Il semble que Georges, enfermé dans son autisme pauvre, mais nourri d'une philosophie rationaliste rigide, ne puisse s'évader du marbre, du bronze, du métal blanc, de la statue solidifiée et immobile, où sa personnalité est incluse. »

On peut constater dans ce cas la succession de deux phases dont nous avons étudié soigneusement les particularités en utilisant les méthodes cliniques, le test de Rorschach, la narco-analyse : une période subaiguë, confusionnelle et anxieuse, une « crise » qui donnait déjà « l'impression clinique intuitive » (H. Ey) d'une schizophrénie probable ; puis l'organisation d'un état torpide chronique, constituant bien ce que Henri Ey appelle « une prise en masse de tout le système de la personnalité ». Le diagnostic facile de schizophrénie est alors bien établi avec toutes ses caractéristiques.

Mais ici se pose le problème de l'originalité propre de la schizophrénie, indéniable en clinique, problème qui reste débattu et suscite de multiples travaux. A ce propos, nous pouvons rappeler que, dans un article paru en 1944, l'un de nous a étudié les passages « De la crise d'originalité juvénile à la schizophrénie » (1). Par la suite, nous avons développé ces idées dans notre livre cité plus haut (2), en montrant que si la schizophrénie présente une

(1) René Bessière. — De la crise d'originalité juvénile à la schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1944.

(2) *Loco citato.*

structure et des caractères si particulièrement typiques, elle le doit à ses intimes relations avec la crise d'adolescence.

Cette crise, située entre l'enfance et la maturité, traduit l'évolution de la personnalité de l'adolescent qui tend à réaliser la synthèse de ses fonctions biologiques et psychiques. Et, sous une forme évolutive et transitoire, cette crise présente l'esquisse assez précise de la fission (Spaltung) schizophrénique et les aspects estompés de la discordance délirante.

L'issue de cette crise est variable. Le plus souvent, elle s'apaise sans laisser de trace. Parfois, sous l'influence de facteurs vitaux, héréditaires ou congénitaux, l'évolution de la personnalité s'arrête. L'adolescent ne peut résoudre la crise et reste un schizoïde. Dans d'autres cas, un processus d'étiologie variée provoque une dissolution sous la forme d'un état confusionnel qui creuse la fission ; alors, l'état schizophrénique s'établit et s'organise, de telle sorte que le malade vit une vie schizophrénique. En reprenant l'histoire de Georges suivant ce plan, on trouve des traits particuliers à mettre sur le compte de la crise d'adolescence, un événement traumatisant qui a provoqué l'ébranlement confusionnel et anxieux, avec onirisme meublé de ses préoccupations majeures. Et, à cette crise subaiguë, déjà discordante, a succédé l'organisation irréversible de la personnalité schizophrénique.

ESSAIS CLINIQUES DU CHLORURE DE SUCCINYLCHOLINE DANS LA PRÉVENTION DES INCIDENTS DE L'ÉLECTROCHOC

PAR

JACQUES POSTEL et PAUL COSSA (de Nice)

L'utilisation de l'électro-choc en psychiatrie ne connaît que de rares complications, dont la plus fréquente reste certainement l'atteinte du système osseux au cours d'une contraction tonique particulièrement violente, chez des sujets prédisposés, en particulier chez les pottiques, chez les vieillards, chez les malades qui font des luxations récidivantes, et chez ceux qui présentent une fragilité osseuse de quelque nature que ce soit.

Le risque de ces complications a souvent retardé le traitement de malades pour lesquels l'électro-choc paraissait trop dangereux.

C'est pourquoi l'emploi du curare comme médication préventive s'est assez vite généralisé dans ces cas. Mais l'action prolongée de celui-ci, la nécessité de s'entourer de précautions nombreuses et d'un matériel de réanimation complet, et surtout la mortalité malgré tout importante (cf. en particulier la statistique de P. Cossa et Pesle) (1), ont rendu les psychiatres hésitants et parfois même opposés à cette méthode.

L'apparition des dérivés de la succinylcholine, curarisants de synthèse rapidement éliminés de l'organisme puisqu'ils sont détruits par la cholinestérase du sérum, redonne tout son intérêt à la méthode, et confiance à l'opérateur.

On a utilisé jusqu'ici deux sels, le diiodure et le dichlorure de

(1) P. COSSA et PESLE : Accidents mortels par électrochoc sous curare (*Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, 50e session, Luxembourg, 1952, p. 488-489, Masson et Cie édit., Paris, 1953).

succinylcholine. Le premier avait été analysé par Hunt et Taveau en 1911. Bovet découvrit son action paralysante en 1949 et sa rapide décomposition par les estérases du sérum en acide succinique et en choline, deux produits normaux du métabolisme, ce qui explique la brièveté de son action et sa toxicité relativement basse. Tammelin et Löw ont pu en 1951 présenter la combinaison en une substance pure, utilisable pour des buts cliniques, et dont Thesleff fit l'essai pharmacologique. Mais le diiodure doit être dissous extemporanément en raison de l'inactivation qu'il subit au bout de quelques heures, alors que le dichlorure de succinylcholine peut se présenter sous forme d'une solution stable, prête à l'emploi.

L'action pharmacologique de ces deux corps est identique. Ils agissent au niveau de la jonction myoneurale, en y apportant un excès d'acétylcholine qui exagère la dépolarisation de la plaque motrice. C'est ce qui les a fait appeler par les pharmacologues des « curarisants acétylcholinomimétiques » (ou leptocurares). Cette action est donc très différente de celle du curare et des curarisants usuels : rappelons que le curare agit en diminuant la réceptivité de la plaque motrice à l'acétylcholine, de telle sorte que celle-ci même libérée en quantité normale par les terminaisons nerveuses, ne dépolarise plus assez la plaque pour que l'excitation se transmette au muscle.

Le diiodure est connu sous les désignations suivantes : L.T. 1, 4.841 R.P., célocurine, 4.423 R.P.

Le dichlorure : quelicin, M. 115, scoline, anectine, lysthénon, myoplégine.

Le premier a surtout été utilisé en Suède et en Angleterre, le deuxième aux U.S.A., en Allemagne, Autriche, Belgique.

Les travaux cliniques les plus importants ont d'abord été ceux des anesthésistes qui ont trouvé là d'excellents agents de relaxation musculaire, en particulier dans les anesthésies sous pentothal, et dans de longues interventions (travaux de Foldes, Thesleff, Zürn, Von Dardel, Huguenard et Deligné).

Puis les sels de succinylcholine furent employés avec succès dans le traitement du tétanos (Woolmer R. et Cates J. E.), en perfusion intraveineuse.

Mais nous nous étendrons surtout sur leur emploi dans la sismothérapie. Holmberg et Thesleff sont, à notre connaissance, les premiers à avoir employé le diiodure de succinylcholine dans l'électro-chocthérapie, à la dose de 0,3 mgr. par kilogramme en injection intraveineuse 20 à 30 secondes avant l'électro-choc, accompagnée d'une narcose au pentothal. Ils traitèrent ainsi

136 malades avec un total de 512 électro-chocs sans aucune complication sérieuse. Ils donnaient à titre de prémédication du nitrate de méthylscopolamine 30 à 45 minutes avant. Ils remarquèrent seulement que la « dose usuelle de courant » devait être augmentée d'environ 10 à 20 %, à cause de l'administration de barbiturate. (Voici quelle est leur méthode : un mélange de succinylcholine (0,3 mgr./kgr.) et de 0,15 à 0,20 gr. de pentothal est fait extemporanément dans la seringue et injecté en 60 secondes environ intraveineux, cependant que de l'oxygène est administré au sujet à l'aide d'un masque. Vingt secondes environ après la fin de l'injection, l'électro-choc est administré). Les convulsions qui suivaient étaient habituellement légères, et quand elles cessaient, l'oxygène était insufflé activement par le masque. La respiration spontanée reprenait en général au bout d'une à deux minutes.

Moss et ses collaborateurs, avec les mêmes doses, ont employé du chlorure de succinylcholine, mais ils augmentèrent la dose de pentothal jusqu'à 0,5 gr. Ils ont constaté qu'une dose de 20 mgr. de succinylcholine était habituellement la meilleure pour obtenir une relaxation complète et une paralysie suffisante pour protéger le sujet contre d'éventuelles fractures. Ils n'ont eu aucune complication dans une série de 315 électro-chocs donnés à 41 malades. Adderley et Hamilton ont étudié la tension artérielle de 12 sujets en convulsivothérapie sous succinylcholine et pentothal. Ils ont remarqué qu'elle s'élevait légèrement et ils ont pu supprimer cette augmentation, dans les cas dangereux, par administration d'iodure d'hexaméthonium avant l'injection de succinycholine et pentothal.

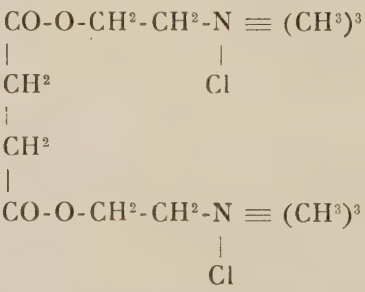
O. H. Arnold et W. Böck-Greissau ont publié une statistique de 644 électro-chocs faits sur 135 malades, après injection de chlorure de succinylcholine (produit allemand : lysthénon). Ils emploient une dose de 0,1 mgr./kgr. faite en injection intraveineuse trente secondes avant l'électro-choc, sans autre médication. La relaxation est suffisante. Ils n'ont eu aucun incident. Actuellement, ils emploient, à la clinique neuro-psychiatrique universitaire de Vienne, le chlorure de succinylcholine avant l'électro-choc d'une manière presque systématique.

Amiot, employant l'iodure de succinylcholine (célocurine), à des doses variant de 35 à 125 mgr., associé à un thiobarbiturique (pentothal le plus souvent) avant 72 électro-chocs, a constaté une curarisation intense, apnéisante, mais très fugace et sans effets secondaires fâcheux, mais sous réserve, ajoute-t-il, d'une « oxygénation contrôlée systématique ».

Enfin, plus récemment, Y. Piette a repris, au cours de l'électro-choc chez le lapin et chez l'homme, l'étude des propriétés curarisantes du diiodure de succinylcholine. Il conclut que son emploi permet d'abolir presque complètement, chez le lapin, les contractions musculaires provoquées par l'électro-choc tout en laissant subsister, malgré l'absence de convulsions, les variations tensionnelles (durée prolongée de la phase hypertensive sans bradycardie). Ces variations tensionnelles sont d'ailleurs réduites au minimum par l'association médicamenteuse succinylcholine-pentothal-atropine. Chez l'homme, cette même association médicamenteuse permet d'adoucir considérablement les convulsions provoquées par l'électro-choc (spasme initial supprimé, phase tonique absente ou d'intensité « négligeable »). Après l'électro-choc ainsi pratiqué, la respiration spontanée reprend aisément à l'aide de quelques insufflations d'oxygène. Il n'a jamais été constaté d'incident grave, pas de dépression respiratoire consécutive, pas de cyanose, pas de salivation.

Notre expérience est plus modeste et nos essais ne portent actuellement que sur une trentaine d'électro-chocs.

Nous avons choisi le dichlorure de succinylcholine, dont voici la formule.



Nous l'avons préféré pour deux raisons : d'abord parce-qu'il se présente sous forme d'une solution stable alors que le diiodure doit être dissous extemporanément en raison de l'inactivation qu'il subit au bout de quelques heures, ensuite parce qu'il serait légèrement plus efficace à dose égale (1).

Il se présente en solution stable et incolore, dosée à 50 mgr. de

(1) Nous remercions les laboratoires Christiaens, de Bruxelles, de nous avoir aimablement fait tenir la quantité de myoplégine nécessaire à nos essais.

dichlorure de succinylcholine par centimètre cube, soit en ampoules de 1 cc., soit en flacons de 10 cc.

Voici nos différentes observations.

Observation n° 1. — Mlle D..., 47 ans, 49 kg. *Accès maniaque chez une déséquilibrée inadapatée sociale. Présente une luxation récidivante de l'épaule gauche.* A déjà eu deux électrochocs ordinaires, suivis chaque fois d'une luxation nouvelle assez douloureuse.

3 août 1954 : injection intraveineuse de 40 mgr. de succinylcholine (sans préparation spéciale), puis électrochoc. Trente secondes après : quelques contractions faibles. Pas de luxation. Apnée : une minute à peine ; reprise normale de la respiration.

5 août 1954 : *idem* (deuxième électrochoc sous succinylcholine), pas de luxation. Se plaint au réveil d'avoir été très angoissée au moment de l'injection.

7 août 1954 : nouvel électrochoc sous succinylcholine ; cette fois-ci l'injection a été précédée d'une atropine (1/4 de mgr., intraveineuse) et de 30 cgr. de nesdonal. Pas d'apnée dépassant une minute. Pas de luxation. Aucun souvenir.

9 août 1954 : nouvel électrochoc identique sous atropine, puis nesdonal et succinylcholine. Aucun incident. Sort guérie quelques jours plus tard.

Observation n° 2. — M. L..., 29 ans, 65 kg. *Bouffée d'excitation chez un débile mental.*

3 août 1954 : injection de 50 mgr. de succinylcholine intraveineuse suivie, au bout de trente secondes, d'un électrochoc. Quelques légères contractions. Reprise spontanée de la respiration au bout de trente secondes. Pas d'incident.

Observation n° 3. — M. M..., 39 ans, 70 kg. *Etat confusionnel chez un malade porteur d'un mal de Pott dorso-lombaire traité à l'isoniazide.*

5 août 1954 : premier électrochoc précédé d'une injection de 50 mgr. de succinylcholine. Contractions très faibles. Reprise spontanée de la respiration au bout de quarante secondes. Pas d'incident.

9 août 1954 : deuxième électrochoc sous succinylcholine, *idem.*

12 août 1954 : troisième électrochoc sous succinylcholine, *idem.*

16 août 1954 : quatrième électrochoc sous succinylcholine, *idem.*

19 août 1954 : cinquième électrochoc sous succinylcholine, *idem.*

21 août 1954 : sixième électrochoc sous succinylcholine, *idem.*

24 août 1954 : septième électrochoc sous succinylcholine, petite apnée de deux minutes. Oxygénothérapie. Disparition complète de l'état confusionnel.

26 août 1954 : huitième et dernier électrochoc sous succinylcholine. Aucun incident.

Ainsi, ce malade pottique a pu sans risque subir une sismothérapie efficace et quitter le service complètement guéri au point de vue psychique.

Observation n° 4. — Mme V..., 54 ans, 57 kg. *Paralysie générale-tabès,* déjà traitée par malariathérapie et par pénicilline, actuellement à sérologie et liquide céphalo-rachidien négatifs. *Présente une bouffée d'excitation avec état délirant.*

Devant le risque de fractures spontanées, nous commençons, le 9 août 1954, un premier électrochoc, après injection intraveineuse de 40 mgr. de succinylcholine. Contractions presque inapparentes. Aucun incident.

12 août 1954 : deuxième électrochoc sous succinylcholine à la même dose. *Idem.*

14 août 1954 : troisième électrochoc, identique.

16 août 1954 : quatrième électrochoc (dose de succinylcholine un peu plus forte : 50 mgr.). Apnée de deux minutes. Oxygénothérapie. Reprise spontanée de la respiration. Disparition de l'état d'excitation.

Voici donc une tabétique chez qui nous n'avons pas hésité à faire des électrochocs pour traiter ses troubles psychiques, grâce à l'emploi de succinylcholine.

Observation n° 5. — M. B..., 68 ans, 65 kg. environ. *Accès anxieux avec tentative de suicide* chez un vieil éthylique, porteur d'une *périarthrite scapulo-humérale droite.* A eu quatre électrochocs ordinaires, mais se plaint de très violentes douleurs dans l'épaule droite après chaque choc.

9 août 1954 : électrochoc après injection intraveineuse de 50 mgr. de succinylcholine. Contractions faibles, mais apnée de deux minutes. Oxygénothérapie.

12 août 1954 : nouvel électrochoc après injection de la même dose de succinylcholine. Electrochoc fait seulement quinze secondes après l'injection. Apnée de trois minutes. Oxygénothérapie simple.

Disparition complète de l'état d'anxiété. Le malade ne se plaint plus de son épaule et sort quelques jours plus tard.

Observation n° 6. — M. T..., 56 ans, 75 kg. *Accès mélancolique chez un tuberculeux pulmonaire.*

12 août 1954 : premier électrochoc vingt secondes après l'injection de 50 mgr. de succinylcholine. Apnée de deux minutes avec cyanose importante. Oxygénothérapie.

14 août 1954 : nouvel électrochoc (trente secondes après l'injection de succinylcholine : 50 mgr.). Apnée de près de deux minutes. Cyanose également marquée. Oxygénothérapie.

On continue les électrochocs simples, sans succinylcholine (ces électrochocs ne s'accompagnent d'aucune apnée ni cyanose particulières).

Observation n° 7. — M. V..., 29 ans, 70 kg. environ. *Accès confusionnel chez un tuberculeux pulmonaire.*

12 août 1954 : électrochoc vingt secondes après injection intraveineuse de 50 mgr. de succinylcholine. Contractions très faibles. Apnée de deux minutes. Oxygénothérapie.

Traitement continué avec des électrochocs simples.

Observation n° 8. — Mme A..., 39 ans, 64 kg. *Délire chronique* ayant déjà eu une cure de Sakel. Revient, au cours d'un accès d'agitation, avec idées de persécution très vives.

16 août 1954 : électrochoc, précédé d'une intraveineuse de 1/4 de mgr. d'atropine, puis de 25 cgr. de nesdonal, puis de 30 mgr. de succinylcholine. Electrochoc trente secondes après. Quelques contractions très faibles. Pas d'apnée particulière.

Traitement poursuivi avec des électrochocs simples sous nesdonal.

Observation n° 9. — M. V..., 29 ans, 75 kg., *très musclé. Schizophrénie* évoluant depuis plusieurs années. Deux cures de Sakel. Leucotomie. Revient dans un état d'excitation intense.

16 août 1954 : électrochoc précédé d'une injection intraveineuse d'un quart de mgr. d'atropine, puis 35 cgr. de nesdonal (jusqu'à narcose), puis 50 mgr. de succinylcholine. Electrochoc trente-cinq secondes après. Quelques secousses musculaires assez violentes (dose de succinylcholine sans doute insuffisante). Pas d'apnée notable.

Traitement poursuivi avec des électrochocs sous nesdonal seulement.

Observation n° 10. — M. G..., 76 ans, 59 kg. Porteur d'un *décollement rétinien* (œil droit). Rentre au cours d'une *crise particulièrement anxieuse,* avec *raptus et tentative de suicide.*

14 août 1954 : premier électrochoc, précédé d'une intraveineuse de 40 mgr. de succinylcholine. Electrochoc quarante secondes après. Quelques faibles contractions. Apnée de deux minutes, oxygénothérapie simple.

17 août 1954 : deuxième électrochoc, précédé d'atropine 1/4 mgr., puis nesdonal 25 cgr., puis succinylcholine 40 mgr. Deux absences consécutives, apnée de deux minutes. Oxygénothérapie.

18 août 1954 : nouvel électrochoc, atropine 1/4 mgr., puis succinylcholine 40 mgr. (pas de nesdonal). Electrochoc trente secondes après. Quelques secousses faibles. Apnée de deux minutes. Oxygénothérapie simple.

20 août 1954 : quatrième électrochoc, atropine 1/4 mgr., puis succinylcholine 30 mgr. Electrochoc trente secondes après. Quelques secousses faibles. Apnée de trois minutes. Oxygénothérapie. Lobéline, 20 mgr. intramusculaire.

Présente deux jours après, le 22 août, un état de subasystolie. L'amélioration psychique étant nette, la sismothérapie n'est pas poursuivie en raison du mauvais état cardiaque.

En somme, sur ces vingt-huit électro-chocs pratiqués sous succinylcholine, nous n'avons pas eu d'accident grave. Sur les dix sujets chez qui ils ont été pratiqués, trois au moins n'auraient pu subir sans danger une sismothérapie électrique pourtant nécessaire pour traiter leur état psychique :

un mal de Pott (observation n° 3) ;
une tabétique (observation n° 4) ;
un porteur de décollement rétinien (observation n° 10).

Les phases d'apnée les plus longues ont été observées chez les plus âgés et chez les deux tuberculeux pulmonaires où elles s'accompagnaient d'une cyanose assez alarmante (observation n° 6 et n° 7)

Les doses de chlorure de succinylcholine que nous avons données avant nos électro-chocs ont été en général légèrement inférieures à 1 mgr./kgr., c'est-à-dire entre 30 et 50 mgr. Ces doses nous ont paru toujours suffisantes. Elles permettent en général de très légères contractions musculaires qui sont sans danger et permettent d'ailleurs de s'assurer qu'il y a bien eu électro-choc, et pas seulement absence. Elles s'observent surtout aux parties distales, muscles digitaux en particulier.

L'injection s'est toujours faite par voie intraveineuse, assez rapidement (10-20 secondes). Le temps précédant l'électro-choc est de trente secondes environ. En fait, peu après l'administration du médicament, se produisent quelques fasciculations musculaires, visibles en particulier au niveau des commissures labiales paraissant parfois un peu douloureuses. Elles sont dues à la dépolarisation des plaques motrices atteintes par le médicament. Leur cessation coïncide avec le début de la curarisation complète. C'est à ce moment seulement qu'il faut déclencher le choc.

La question d'une médication préparatoire varie selon les cas. L'atropine paraît inutile, étant donné qu'il n'y a jamais ni sialorrhée, ni bronchorrhée. Chez les hypertendus, il est utile de donner de l'hexaméthonium qui ne modifie pas l'action de la succinylcholine, mais empêche cette petite poussée hypertensive, notée en particulier par Adderley et Hamilton. L'administration du nesdonal ou du pentothal ne semble pas une règle absolue. Si certains auteurs, en particulier les Anglo-Saxons (Holmberg, Thesleff) et Amiot, la préconisent d'une manière systématique, les Allemands et les Autrichiens (Arnold et Greissau) ne l'emploient pas. Pour un sujet parfaitement conscient, l'installation

progressive de cet état paralytique est assez angoissante, comme nous l'avons constaté. Certains même en gardent un souvenir particulièrement pénible (observation n° 1). Dans ces cas, et naturellement chez tous les grands anxieux, il faudra l'employer. En somme, il faut seulement étendre l'indication habituelle du nesdonal avant l'électro-choc. Celui-ci, de toute manière, n'ajoute aucune gravité à l'action de la succinylcholine. Mais, à la manière de pratiquer de Holmberg et Thesleff, qui mélangent la succinylcholine au pentothal dans la seringue, nous préférons faire séparément d'abord l'injection de pentothal, afin d'en donner une dose minimum pour amener l'état de narcose, nous réservant d'injecter ensuite la dose prévue de succinylcholine.

Une apnée, d'ailleurs normale dans l'électro-choc ordinaire, a toujours été observée. Elle a été au plus de trois minutes (Amiot en signale une de six minutes).

La prolongation de cette apnée reste la seule menace au cours de l'électro-choc sous succinylcholine. D'où l'emploi systématique, d'ailleurs préconisé par tous les auteurs, d'une oxygénation continue, de préférence au masque. Un matériel d'insufflation doit toujours être disponible.

En cas d'apnée prolongée, il est conseillé d'injecter de la nicéthamide et de continuer l'insufflation jusqu'à la reprise de la respiration normale. *En aucun cas il ne faut faire usage de néostigmine qui aggraverait évidemment la situation et reste donc strictement contre-indiquée.* Le chlorure de succinylcholine étant rapidement détruit, il n'y a qu'à attendre cette destruction. Il ne faudra donc pas faire d'injection de succinylcholine chez des sujets présentant une diminution manifeste du taux des cholinestérases sanguines (insuffisance hépatique grave, dénutrition, etc...), ni chez les patients sous le coup d'une intoxication par des poisons anticholinestérasiques.

Il n'y a pas eu de complications tardives. Aucun cas de vertiges ni de diplopie tardive. Les céphalées signalées sont banales après un électro-choc simple.

Il ne semble pas que la « quantité de courant » pour obtenir le choc soit différente avec ou sans succinylcholine. Elle doit être légèrement augmentée lorsqu'on injecte du pentothal si on veut ne pas obtenir une simple absence, mais comme l'ont noté Holmberg et Thesleff, ceci est uniquement dû à l'administration de barbiturique.

En résumé, l'emploi de la succinylcholine permet de pratiquer l'électro-choctérapie en éliminant les contractions musculaires

habituelles violentes et dangereuses chez certains sujets. Elle a sur le curare l'avantage d'être pratiquement sans danger parce que s'éliminant spontanément en quelques minutes.

Chez dix malades, nous avons pratiqué 28 électro-chocs après injection de chlorure de succinylcholine intraveineuse, sans incident grave. Chez trois de ces malades au moins la sismothérapie ordinaire aurait été trop dangereuse, ils ont donc pu ainsi bénéficier sans danger de la thérapeutique qui leur était nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

Foldes (F. F.). — Succinylcholine. *Lancet*, 2, 245, Aug. 2, 1952.

Thesleff (S.). — An investigation of the muscle-relaxing action of succinylcholine in man. *Acta Physiol. Scandinav.*, 25, 343 et 368, 1952.

Huguenard (P.) et Deligné (D.). — Essais cliniques (chirurgicaux) avec le di-iodure de succinylcholine. *Anesthésie, analgésie*, IX, 510, 1952.

Dardell (O.) et Thesleff (S.). — Clinical experience with succinylcholine iodide, a new muscle relaxant. *Nord. Med.*, 46, 1.038, 1952.

Woolmer (R.) et Cates (J. E.). — Succinylcholine in treatment of tetanus. *Lancet*, 2, 808, 1952.

(On trouvera dans ces articles l'essentiel de la bibliographie sur la pharmacologie et l'emploi de la succinylcholine en anesthésie et médecine).

Succinylcholine et électrochocthérapie

Holmberg (G.) et Thesleff (S.). — Succinylcholine Iodide as a muscular relaxant in electroshock therapy. *Amer. J. Psychiat.*, 108, 842, 1952.

Moss (B. F. Jr), Thigpen (C. H.) et Robison (W. P.). — Report on the use of succinylcholine dichloride (a curare-like drug) in electroconvulsive therapy. *Amer, J. Psychiat.*, 109, 895, 1953.

Adderley (D. J.) et Hamilton (M.). — Use of succinylcholine in E.C.T. with particular reference to its effect on blood pressure. *Brit. Med. J.*, 1, 195, 1953.

Arnold (O. H.), Böck-Greissau et Ginzel (K. H.). — Ueber die einführung eines neuen muskellähmende mittels in die E-Schocktherapie. *Wien. Med. Wschr.*, juin 1951.

— et Böck-Greissau. — Elektroschok und Muskelrelaxantien. *Wien. Zeitsch. für Nerven und Deren Grenz.*, IV, 2-3, 326, 1951.

Piette (Y.). — Essai expérimental et clinique de la succinylcholine en électrochocthérapie. *Société de médecine mentale de Belgique*, 2 fév. 1953.

— A propos de l'utilisation de la succinylcholine au cours de l'électrochocthérapie. *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, février 1953.

Amiot. — *Notes sur l'utilisation de la succinylcholine pour l'électrochoc*, octobre 1952 (note dactylographiée, distribuée par le laboratoire Girard-Mounier-Vitrom).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

fondée le 26 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867

STATUTS (1)

I

BUT ET COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

Article premier

L'Association dite « Société médico-psychologique », fondée en 1847, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 11 décembre 1867, a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale ; elle comprend dans ses travaux toutes les sciences auxiliaires qui peuvent en favoriser les progrès. Elle s'occupe spécialement des objets suivants :

1° pathologie mentale et pathologie du système nerveux ;

2° anatomie et physiologie du système nerveux, anatomie pathologique ;

3° sciences des rapports du physique et du moral ;

4° hygiène morale, éducation ou prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, hygiène pénitentiaire, études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence ;

5° assistance, médecine légale, jurisprudence et statistique des aliénés ;

6° philosophie, physiologie psychologique, ethnologie, histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral.

La durée de la Société est illimitée.

Elle a son siège social à Paris.

(1) Statuts modifiés et approuvés par décret du 6 septembre 1954 (voir p. 540).

ARTICLE 2

Les moyens d'action de la Société sont :

1° les séances ordinaires, au nombre de dix par an ; il pourra être tenu des séances extraordinaires sur la proposition du Bureau et par décision de la Société ;

2° la publication du bulletin de ses travaux, dans les « Annales médico-psychologiques » dont elle est co-propriétaire ;

3° l'attribution de prix, les uns annuels, d'autres décernés tous les deux ans ou tous les trois ans, destinés à récompenser des mémoires ou des ouvrages traitant des sujets en rapport avec ses travaux.

ARTICLE 3

L'Association se compose de membres titulaires, de membres correspondants nationaux et d'associés étrangers.

Le nombre des membres titulaires est fixé à cent. Le titre de membre titulaire honoraire peut être décerné par le Comité d'administration aux membres titulaires après dix ans d'exercice et s'ils en font la demande. Ce titre confère aux personnes qui l'ont obtenu le droit de faire partie de l'Assemblée générale.

Le nombre des correspondants nationaux et des associés étrangers n'est pas limité.

Tout candidat au titre de membre titulaire, de membre correspondant national ou d'associé étranger, doit présenter sa demande par écrit. Cette demande doit être agréée par le Conseil d'administration. Elle est alors lue en séance et renvoyée à une commission de trois membres, qui doit faire son rapport au plus tard à la séance de décembre. Après avoir entendu le rapport, et après délibération, la Société procède à la nomination, qui a lieu au scrutin secret et à la majorité des suffrages exprimés par les membres titulaires et titulaires honoraires.

L'élection des candidats au titre de membre correspondant national ou d'associé étranger est soumise aux mêmes formalités.

La Société, sur la proposition de cinq membres, peut aussi conférer directement le titre d'associé étranger à des savants ayant rendu des services éminents à la science. L'élection a lieu à la majorité absolue des membres présents.

La cotisation annuelle minima est de 5.000 francs pour les membres titulaires, ainsi que pour les membres correspondants nationaux.

Elle peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Les cotisations annuelles peuvent être relevées par décision de l'assemblée générale jusqu'au maximum de 15.000 francs. En ce cas, les sommes à verser pour le rachat des cotisations sont augmentées proportionnellement sans pouvoir dépasser 300.000 francs.

La cotisation des membres honoraires est facultative. Lorsque, sur leur demande, ils versent une cotisation égale à celle des membres titulaires, ils continuent comme ceux-ci à recevoir le bulletin de la Société.

Les associés étrangers ne paient pas de cotisation.

Article 4

La qualité de membre de la Société se perd :

1° par la démission ;

2° par la radiation prononcée, pour non paiement de la cotisation ou pour motifs graves, par le Conseil d'administration, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications, sauf recours à l'Assemblée générale.

II

ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Article 5

La Société est administrée par un Bureau, composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, de deux secrétaires des séances et d'un trésorier-archiviste, élus par la Société en séance publique, mais au scrutin secret, et choisis parmi les membres titulaires.

En s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, le Bureau se constitue en Conseil d'administration.

En cas de vacance, le Bureau pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale.

Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Le renouvellement du Bureau a lieu tous les ans. Le vice-président devient, de droit, président de l'année suivante.

Les membres sortants sont rééligibles.

Article 6

Le Conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence de trois de ses membres du Conseil d'administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général. Ils sont transcrits sans blancs ni ratures sur un registre coté et paraphé par le Préfet de la Seine ou son délégué.

Article 7

Les membres de la Société ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées.

Les fonctionnaires rétribués de la Société peuvent être appelés à assister, avec voix consultative, aux séances de l'assemblée générale et du Conseil d'administration.

Article 8

L'Assemblée générale de la Société comprend les membres titulaires et titulaires honoraires. Les membres correspondants nationaux et les associés étrangers ont le droit d'assister aux séances et de prendre part aux discussions, mais ils n'y ont pas voix délibérative.

L'Assemblée générale se réunit une fois par an, à la date de la dernière séance ordinaire de l'année, et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'administration ou sur la demande du quart au moins des membres titulaires et titulaires honoraires.

Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'administration.

Son Bureau est celui du Conseil.

Elle entend les rapports sur la question du Conseil d'administration, sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du Bureau. Le rapport annuel et les comptes sont publiés dans le bulletin de la Société.

Article 9

Les dépenses sont ordonnancées par le président. La Société est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le secrétaire général.

Le représentant de la Société doit jouir du plein exercice de ses droits civils.

Article 10

Les délibérations du Conseil d'administration relatives aux acquisitions, échanges et aliénations des immeubles nécessaires au but poursuivi par la Société, constitutions d'hypothèques sur les dits immeubles, baux excédant neuf années, aliénations de biens rentrant dans la dotation et emprunts doivent être soumises à l'approbation de l'assemblée générale.

Article 11

Les délibérations du Conseil d'administration relatives à l'acceptation des dons et legs ne sont valables qu'après l'approbation admi-

nistrative donnée dans les conditions prévues par l'article 910 du Code civil et les articles 5 et 7 de la loi du 4 février 1901, modifié par les décrets des 4 janvier 1949 et 26 septembre 1953.

Les délibérations de l'assemblée générale relatives aux aliénations de biens mobiliers et immobiliers dépendant de la dotation, à la constitution d'hypothèques et aux emprunts, ne sont valables qu'après approbation par arrêté ministériel.

Toutefois, s'il s'agit de l'aliénation de biens mobiliers, et si leur valeur n'excède pas le dixième des capitaux mobiliers compris dans la dotation, l'approbation est donnée par le Préfet de la Seine.

III

DOTATION, FONDS DE RESERVE ET RESSOURCES ANNUELLES

Article 12

La dotation comprend :

1° 2.068 fr. de rentes nominatives sur l'Etat ;

2° les immeubles nécessaires au but poursuivi par la Société ;

3° les capitaux provenant des libéralités, à moins que l'emploi immédiat n'en ait été autorisé ;

4° les sommes versées pour le rachat des cotisations ;

5° le dixième au moins annuellement capitalisé du revenu net des biens de la Société.

Article 13

Les capitaux mobiliers compris dans la dotation sont placés en rente nominative sur l'Etat, en actions nominatives de Sociétés d'investissements constituées en exécution de l'ordonnance du 2 novembre 1945 et des textes subséquents, ou en valeurs nominatives admises par la Banque de France en garantie d'avance.

Ils peuvent être également employés, soit à l'achat d'autres titres nominatifs, après autorisation donnée par arrêté, soit à l'acquisition d'immeubles nécessaires au but poursuivi par l'Association, ainsi que de bois, forêts ou terrains à boiser.

Article 14

Le fonds de réserve comprend l'excédent des recettes sur les dépenses du dernier exercice, déduction faite des fonds nécessaires au fonctionnement de la Société durant les six premiers mois de l'exercice courant.

La quotité et la composition du fonds de réserve peuvent être modifiées par délibération de l'assemblée générale.

Ces délibérations doivent faire l'objet, dans le délai de huitaine, d'une notification au préfet de la Seine.

Article 15

Les recettes annuelles de la Société se composent :

1° de la partie du revenu de ses biens non comprise dans la dotation ;

2° des cotisations et souscriptions de ses membres ;

3° des subventions de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics ;

4° du produit des libéralités dont l'emploi immédiat a été autorisé ;

5° des ressources créées à titre exceptionnel et, s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente ;

6° du produit des publications.

Article 16

Il est tenu au jour le jour une comptabilité deniers, par recettes et par dépenses, et, s'il y a lieu, une comptabilité matières.

Chaque établissement de la Société doit tenir une comptabilité distincte qui forme un chapitre spécial de la comptabilité d'ensemble de la Société.

IV

MODIFICATION DES STATUTS ET DISSOLUTION

Article 17

Les statuts ne peuvent être modifiés qu'en Assemblée générale réunie sur la proposition du Conseil d'administration, ou sur la demande des deux tiers au moins des membres titulaires et titulaires honoraires soumise au Bureau au moins un mois avant la séance.

L'assemblée doit se composer du quart, au moins, des membres titulaires et titulaires honoraires. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Article 18

L'assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres titulaires et titulaires honoraires.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Article 19

En cas de dissolution, l'assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de la Société. Elle attribue l'actif net à un ou plusieurs établissements analogues publics ou reconnus d'utilité publique. Toutefois, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

Article 20

Les délibérations de l'assemblée générale prévues aux articles 17, 18 et 19 sont adressées sans délai au ministre de l'Intérieur et au ministre de la Santé publique.

Elles ne sont valables qu'après l'approbation du gouvernement.

V

SURVEILLANCE ET REGLEMENT INTERIEUR

Article 21

Le secrétaire général doit faire connaître dans les trois mois, à la préfecture de la Seine, tous les changements survenus dans l'administration ou la direction de la Société.

Les registres de la Société et ses pièces de comptabilité sont présentées sans déplacement sur toute réquisition du ministère de l'Intérieur ou du préfet de la Seine à eux-mêmes ou à leur délégué, ou à tout fonctionnaire accrédité par eux.

Le rapport annuel et les comptes — y compris ceux des Comités locaux — sont adressés chaque année au préfet de la Seine, au ministre de l'Intérieur et au ministre de la Santé publique.

Article 22

Le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé publique ont le droit de faire visiter par leurs délégués les établissements fondés par la Société et de faire rendre compte de leur fonctionnement.

ARTICLE 23

Les règlements intérieurs préparés par le Conseil d'administration et adoptés par l'assemblée générale doivent être soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur et adressés au ministre de la Santé publique.

TEXTE DU DECRET DU 6 SEPTEMBRE 1954

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur,

vu, en date des 15 décembre 1952 et 25 janvier 1954, les délibérations de l'assemblée générale de l'association dite « Société médico-psychologique » ;

vu le décret du 10 décembre 1867 qui a reconnu d'utilité publique cet établissement ; ensemble le décret du 30 juillet 1932 approuvant des modifications apportées à ses statuts ;

vu les pièces établissant sa situation financière ;

vu les nouveaux statuts proposés et les autres pièces de l'affaire ;

vu, en date du 25 juin 1954, l'avis du préfet de la Seine ;

vu la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août suivant ;

la section de l'Intérieur du Conseil d'Etat entendue,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — L'association dite « Société médico-psychologique », dont le siège est à Paris, et qui a été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 10 décembre 1867 sera régie désormais par les statuts annexés au présent décret.

ARTICLE 2. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret dont mention sera faite au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 6 septembre 1954.

Pierre MENDÈS-FRANCE.

Pour le président du Conseil des ministres,
le ministre de l'intérieur :
François MITTERRAND.

Séance du lundi 25 octobre 1954

Présidence : M. B. LOGRE, président, et M. Paul ABÉLY, vice-président

En ouvrant la séance, le président salue la présence dans la salle de M. le Dr Salvador Vivès, de Barcelone, *membre associé étranger de la Société.*

Décès de M. le Dr André CEILLIER, membre titulaire

M. B. Logre, *président.* — C'est avec une profonde tristesse que je rends, au nom de la Société médico-psychologique, un dernier hommage à notre camarade et très cher ami André Ceillier, qui comptait parmi les plus éminents, les plus estimés, les plus sympathiques d'entre nous.

Je l'avais connu dans les premières années qui ont suivi la guerre de 1914-1918, où il avait été si grièvement blessé au service de la France. Je le revois encore, tout rayonnant de jeunesse et d'intelligence, avec un visage fin, d'une grâce et d'une distinction rares. Il était alors interne des hôpitaux à la Salpêtrière, chez mon maître Séglas. Et je me souviens que notre maître commun, si bon appréciateur, et pour cause, du mérite psychiatrique, m'avait prié d'assister à un interrogatoire de malade pratiqué par André Ceillier. J'attendais avec curiosité, après les commentaires de Ceillier, ceux de Séglas lui-même, lorsque notre bon maître, enchanté visiblement par cette épreuve, se contenta de me dire : « Vous voyez ! *je n'ai jamais eu de meilleur interne !* »

Ceillier était en effet, de l'aveu de tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre, un parfait clinicien. Il savait interroger, ce qui consiste, non seulement à savoir poser des questions aussi claires et aussi brèves que possible, mais encore et surtout à *savoir écouter* — avec assez de patience attentive et bienveillante, assez d'*intérêt humain* pour obtenir des confidences, qui permettront de *comprendre* le malade ; et cette compréhension est déjà, par elle-même, un bienfait. J'ai souvent admiré chez Ceillier, par exemple au cours d'expertises communes, cet esprit délié, cette finesse insistante et insinuante, cette qualité de l'analyse psychologique appliquée à autrui, et qui suppose, à son origine, une singulière aptitude à l'analyse de soi-même, à l'introspection.

Ceillier avait aussi, au plus haut point, — ce qui n'est pas négligeable en psychiatrie — une remarquable propriété de langage, capable d'appeler chaque symptôme par son nom, une justesse d'expression, alliée à l'élégance, et qui, en corroborant la justesse de l'observation, achevait de lui donner tout son prix.

Interne des hôpitaux en 1913, après avoir été interne provisoire de Ramond (le service de celui-ci a été une pépinière de bons cliniciens), puis interne de Déjerine et de Séglas à la Salpêtrière, chef de clinique du pro-

fesseur Claude à Sainte-Anne, candidat au concours d'agrégation de 1928, où nous avons eu, lui et moi, la même note et le même insuccès, — faute sans doute d'avoir notre jury —, médecin des hôpitaux psychiatriques en 1926, médecin-psychiatre des prisons de Paris et de la Seine en 1936, poste qui fut, on peut le dire, créé pour lui et qu'il a marqué fortement de son empreinte, enfin médecin de l'hôpital psychiatrique de Clermont jusqu'en 1954.

Neurologiste en même temps que psychiatre, il avait rédigé, en 1920, sous la direction du professeur Déjerine, une thèse très documentée sur les « *paraostéo-arthropathies des paraplégiques par lésion de la moelle épinière et de la queue de cheval* ».

Ses travaux psychiatriques, composés sous l'influence prédominante de Séglas et du professeur Claude, ont porté, avec une prédilection toute particulière, sur le *délire d'influence*, étude où triomphe le sens de l'introspection, puisque ce mal n'est autre chose qu'une introspection délirante pratiquée par le sujet sur lui-même. Une certaine variété, maintenant classique, du délire d'influence, mériterait à mon avis d'être appelée *syndrome de Séglas et Ceillier*. Il avait étudié, dans le service du professeur Claude, avec la même sémiologie pénétrante et minutieuse, les *troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique*.

En médecine légale, son fief était l'*épilepsie*. Et, parmi les délinquants et les criminels, ce sont surtout les épileptiques ayant motivé des poursuites judiciaires qui retenaient son attention. Il s'est toujours bagarré, — le mot n'est pas trop fort —, à coups d'articles de journaux et de revues, de conférences et d'interventions de toute sorte, pour obtenir la création d'annexes psychiatriques dans les prisons, et de laboratoires d'anthropologie criminelle. On sait qu'il a eu partiellement gain de cause.

Pour ce qui est de l'enseignement, il a fait, à Sainte-Anne, pendant plusieurs années, des cours de médecine légale psychiatrique. D'autre part, ayant collaboré à des éditions successives de la « *Pratique médico-chirurgicale* », il a dans un ouvrage de très vaste audience, enseigné, peut-on dire, la psychiatrie aux médecins de médecine générale.

Expert près les tribunaux, dès 1922, il était un des experts les plus souvent commis par les magistrats, et les plus appréciés dans le monde judiciaire aussi bien que dans le grand public. Certaines de ses dépositions, où il savait résumer en termes saisissants, parfois avec un grain d'humour, une situation médico-légale, sont demeurées célèbres.

Blessé le 2 août 1916, à Vaux, trépané, mutilé à 85 %, croix de guerre avec palme et Officier de la Légion d'honneur à titre militaire, il avait bien mérité de la patrie. Et l'on ne peut qu'admirer avec quel courage, digne de celui qu'il avait montré sur le champ de bataille, il a pu mener de front, pendant près de 40 ans, ses multiples activités de médecin des hôpitaux psychiatriques et des prisons, d'expert près les tribunaux, de conférencier très écouté, enfin de remarquable écrivain scientifique.

Ceillier était atteint de troubles cérébraux légers, *glorieuse cicatrice mentale de sa blessure de guerre*.

Ces troubles, dont ses camarades ont pu croire qu'il était le seul à souffrir, n'enlevaient rien, en effet, à la lucidité de son jugement, à l'excellence de ses qualités cliniques, à la valeur de son œuvre, assurément considérable, non plus qu'au charme de son esprit fin, élégant, spirituel, cultivé, humaniste et humain, et à la générosité d'un grand cœur, qui n'a jamais craint de lutter pour une bonne cause.

Mon cher Ceillier, je voudrais que ma parole ici, au nom de tous, vous apporte un apaisement suprême, — apaisement dont votre esprit blessé a pu avoir besoin, en des heures de défaillance, où notre sollicitude amicale regrette de n'avoir pu vous secourir. Vous avez succombé, j'en suis convaincu, à des troubles anciens, contractés sur le champ de bataille au service de la patrie : c'est à elle que, par l'évolution ultime d'un mal incurable et de ses conséquences, vous avez donné, si je puis dire, votre vie ; et, sans bien le savoir, héros désespéré, vous êtes « *mort pour la France* » à retardement.

Nous adressons à sa veuve, à Mme Ceillier, fille du professeur Clerc, lui-même récemment décédé, nos condoléances respectueuses et profondément attristées.

Décès de M. le Dr Pierre GISCARD, membre correspondant national

M. B. Logre, *président.* — C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris la mort accidentelle du Dr Pierre Giscard, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

Notre collègue, qui était jeune encore et bien portant, a été trouvé mort, chez lui, dans sa baignoire, très probablement victime d'une asphyxie due à une imperfection de la tuyauterie de son chauffe-bains. Il n'y aurait eu, de sa part, ni imprudence, ni même inattention, car tous les robinets étaient bien fermés et aucune odeur de gaz ne s'était répandue dans la pièce, — l'oxyde de carbone, qui a seul filtré au moment du chauffage, n'ayant aucune odeur. Il faut savoir que l'on court, dans sa baignoire, des risques graves, trop souvent inconnus ou méconnus, et de nature à entraîner la mort, soit par fulguration, lorsqu'une main mouillée rencontre un courant électrique, ne fût-ce que celui du téléphone, soit, comme dans le cas de notre malheureux collègue, par intoxication oxycarbonée, à la suite d'une filtration gazeuse invisible et inodore. Son aventure tragique pose un problème qu'il importe d'éclaircir, dans l'intérêt général. On dirait que certains êtres sont marqués du destin, et que, voués par leur malchance à servir d'enseignement et d'exemple, ils sont morts pour le salut des autres.

Le Dr P. Giscard, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, où il avait été l'interne du professeur Riser, a passé le médicat en 1931. Médecin à Lommelet jusqu'à la dernière guerre, et prisonnier jusqu'en 1942, il fut alors affecté à Sainte-Marie, de Clermont, et n'a pas occupé d'autre poste.

Il avait été nommé, il y a trois ans, psychiatre du centre pénitentiaire de la région de Clermont. Il avait prodigué ses soins aux prisonniers, tenté leur rééducation et leur réadaptation avec un dévouement si généreux, et si remarqué, au surplus, que la Chancellerie vient de décider, paraît-il, de donner son nom à l'ancienne prison militaire, qui fonctionnait comme un centre de relégués, et qui s'appellera désormais *Centre Pierre-Giscard.*

Après avoir rédigé une thèse inaugurale portant sur la « forme amnésique de la paralysie générale », il a ensuite consacré l'essentiel de ses travaux à des questions de médecine légale, de criminologie, et à des problèmes pénitentiaires.

Il a aussi étudié, avec une prédilection marquée, la psychologie des *mystiques.* Il a publié, en 1953, un ouvrage intitulé « Mystique ou hystérie »,

et il avait aussi en préparation un livre sur le « mariage chrétien » : car la pensée de Giscard, grand croyant, était imprégnée de spiritualité chrétienne.

Ses amis et ses confrères garderont du Dr Giscard un souvenir de simplicité, de droiture, de bonté inépuisable, conforme à l'élévation et à l'ardeur de ses sentiments mystiques.

La disparition de cet homme bienfaisant, regretté de tous, est d'autant plus navrante qu'il laisse derrière lui *sept enfants, dont le plus âgé n'a pas 7 ans,* et qu'il y a *dix orphelins* dans la même famille.

Nous adressons à la veuve de notre collègue, avec toutes nos condoléances, l'expression de notre sollicitude émue et dévouée pour une situation exceptionnellement douloureuse et si digne d'intérêt.

COMMUNICATIONS

Lettres aux alcooliques : Essai de psychotérapie éducative, par MM. Pierre Fouquet et Jean Clavreul.

A plusieurs reprises, l'un de nous a exposé sa conception du traitement des alcooliques. Il n'est pas inutile de rappeler ici les grandes lignes du schéma thérapeutique utilisé pour indiquer où et comment se place le procédé psychothérapique dont nous désirons vous entretenir aujourd'hui.

Le traitement des alcooliques acceptant les soins comporte deux parties :

1° la cure avec hospitalisation en service libre d'une durée de vingt-cinq jours environ ;

2° la post-cure, d'une durée minima d'un an (habituellement plusieurs années), et comportant six à huit consultations annuelles.

Au cours de l'hospitalisation, chaque malade reçoit (avec quelques différences individuelles d'application) un traitement de désintoxication par alcool intraveineux et vitaminothérapie, ensuite une cure de quatre à huit jours, avec apomorphine, enfin, tout au long de son séjour, et surtout dans la dernière partie, il est l'objet d'une psychothérapie intense.

Si la majorité des auteurs insistent sur l'importance de ce dernier point, la psychothérapie pendant la cure, peu indiquent en détail la méthode employée et les modalités d'application. Pour nous, elle comporte essentiellement.

1° une psychothérapie éducative, informative, générale, commune à tous les malades alcooliques ;

2° une psychothérapie individuelle, fonction de la personnalité du sujet ; commencée dès le début du séjour, elle s'étendra ensuite à l'entourage du malade et constituera enfin un élément essentiel de la post-cure. Aujourd'hui, nous décrirons et commenterons le procédé de psychothérapie général et éducatif que nous employons depuis

quatre mois pendant la cure, conjointement à la psychothérapie individuelle.

A partir du quatrième ou cinquième jour de son hospitalisation (dès que l'amélioration de l'état physique est suffisante), le malade reçoit chaque matin quelques feuillets dactylographiés, présentés sous forme de lettres, c'est-à-dire écrits dans un style familier, simple et direct. La forme de la rédaction, évitant tout terme scientifique, doit permettre théoriquement à ceux dont le niveau intellectuel est faible de prendre une connaissance suffisante de ce que nous avons voulu exposer.

Quatorze lettres, de cinq à dix pages chacune, sont ainsi distribuées pendant l'hospitalisation. Nous nous sommes efforcés, tout au long de ces feuillets, de suivre la progression de la cure.

Le premier chapitre d'introduction fournit des réponses aux questions les plus immédiatement angoissantes que, à l'ordinaire, se posent, dès l'entrée, les malades de ce type. Nous leur expliquons en détail la situation, nos attitudes, nos gestes professionnels, pourquoi nous les considérons comme des malades, et nous faisons appel dès ce moment à leur coopération la plus entière. Ensuite est exposée notre conception de la maladie, avec les trois facteurs qui composent le syndrome : facteur toxique, facteur de tolérance, facteur psychologique. Plusieurs chapitres sont consacrés à l'étude des moyens thérapeutiques mis en œuvre, y compris le rôle joué par le médecin. Sous le titre, « Le mythe de l'alcool », est décrit le rôle fonctionnel, traditionnel de l'alcool dans nos civilisations, et les valeurs magiques dont il est investi par la société. Enfin, les conditions de la guérison sont détaillées en même temps qu'est décrite la post-cure : modalités évolutives diverses, avec échecs et réussites.

Un chapitre spécial, assez long (14 pages) est destiné, après lecture, à être envoyé à la famille par les soins du malade lui-même. En fin de cure, tous ces feuillets sont réunis en un recueil que le malade est invité à garder et à relire fréquemment après sa sortie.

Les feuillets répondent en partie à un besoin impérieux commun à bien des malades alcooliques à la phase de sevrage. Il importe d'analyser la nature de ce besoin pour comprendre comment ils se servent de ces lettres. Deux éléments fondamentaux sont observés :

1° une avidité affective intense ;

2° une recherche d'identification.

1° Brusquement coupés de l'alcool, le plus grand nombre de nos malades manifestent une avidité qui s'exprime, sur le plan physique, par la nécessité d'absorber une grande quantité de nourriture et d'eau. En même temps sur le plan psychologique, ils montrent souvent un besoin insatiable de sympathie et de satisfactions affectives. Les soins attentifs dont ils sont l'objet, les entretiens quotidiens avec le médecin, leur semblent des manifestations insuffisantes. La distribution

des lettres devient l'équivalent d'une nourriture intellectuelle absorbée chaque matin avec facilité et réclamée si on oublie de la donner. Au moment précis où les malades acceptent de renoncer à l'alcool qui leur servit si longtemps de moi auxiliaire destiné à lutter contre les inhibitions et les angoisses, ils se trouvent spécialement perméables à recevoir un enseignement élémentaire de cet ordre. Le nouvel ordre de vie proposé est découvert avec plaisir, et la signification de leur conduite passée souvent recherchée avec intérêt. Le rôle joué par le médecin de qui émanent ces lettres est assimilé au rôle protecteur de l'alcool. Pendant cette période d'avidité reconstructive, cette substitution de l'alcool par le médecin est mise à profit en répondant à l'avance sur le plan affectif et intellectuel à l'avidité des malades.

2° La recherche d'identification n'est pas moins caractéristique de l'état psychologique des malades en cours de désintoxication. Une des fonctions les plus communément assumées par l'alcool est de dissimuler, de camoufler, d'annuler une situation ressentie comme insupportable, qu'elle soit intérieure ou extérieure, connue ou non. Emergeant du brouillard où ils s'entretenaient depuis des mois ou des années, les malades cherchent à retrouver leur personnage et demandent qu'on leur procure une image aussi ressemblante que possible d'eux et de leur situation. Aussi avons-nous multiplié les exemples concrets, les résumés d'observations, les anecdotes mêmes, vécues par d'autres. Nous avons été frappés de constater à quel point nos malades s'intéressent à la phénoménologie de leur situation. Ils répètent volontiers : c'est bien ce qui se passe en moi, c'est bien ce que j'éprouve. Ils essaient de se retrouver jusque dans les symptômes les plus simples, tels que les pituites matinales.

Nous cherchons à profiter au maximum de ce désir d'identification pour leur parler de leur avenir. Après cette longue période d'autodestruction, ils peuvent supporter de regarder l'avenir. En dehors du problème de l'alcool (les échecs et les rechutes sont clairement exposés), nous les aidons à découvrir les vraies perspectives où s'inscrit leur maladie. La cure est présentée comme une étape dans l'histoire de leur vie, étape dont ils doivent admettre à la fois l'importance et la fragilité, comme d'autres l'ont admis et supporté. Ces références constantes aux autres leur sont très utiles dès ce moment : ils ne sont pas seuls et découvrent le plus souvent avec soulagement l'existence de groupes de post-cure dans lesquels joueront ces mêmes mécanismes de recherche d'identification.

Si, pour les malades, l'utilité de ce procédé nous paraît certaine, nous devons indiquer maintenant comment, entre les mains du médecin, il peut devenir un instrument diagnostique et thérapeutique. Il ne s'agit, ni d'éviter au thérapeute l'effort quotidien de sa présence, ni de le dispenser de fastidieuses répétitions à chaque malade. Sans doute l'autorité conférée à la chose écrite permet-elle d'éviter des discussions stériles sur le bien-fondé de l'orientation donnée au trai-

tement, mais on ne peut pas espérer pour autant l'effondrement des causes réelles de la résistance du malade.

En effet, si nous recommandons aux malades de lire attentivement ces feuillets quotidiens, de les relire, de les annoter, de les critiquer, nous ne nous faisons guère d'illusions sur la capacité dont ils disposent pour en intégrer le contenu. Le plus souvent, ces lettres sont lues avec intérêt, mais suscitent peu de commentaires spontanés. Cette attitude passive, loin de signifier une adhésion totale, semble plutôt être l'expression d'un mode de défense qui permet aux malades d'en prendre et d'en laisser à leur guise.

Aussi, pour une utilisation correcte de ce procédé, le médecin doit-il *systématiquement interroger* les malades sur ce qu'ils ont lu la veille. En dehors de toute question de niveau intellectuel, on s'aperçoit alors des mécanismes qui, à leur insu, leur interdisent, dans une large mesure, de bénéficier d'une psychothérapie de cet ordre : soit qu'ils déclarent avoir lu l'opposé de ce qui est effectivement écrit, soit qu'ils n'aient aucun souvenir de tel ou tel point longuement exposé. Les difficultés suscitées par l'acquisition de notions intellectuelles simples concernant leur maladie mettent en évidence l'existence de facteurs névrotiques et dévoilent, parfois en même temps, la signification de ces derniers. A ce prix, ce procédé acquiert la valeur d'un test quotidien permettant de discerner facilement les éléments de résistance.

En voici quelques exemples : au premier feuillet, dans lequel nous insistons sur la notion d'alcoolisme-maladie, une malade pleurait abondamment, ayant lu qu'on l'accusait de vice. Tel patient, bien décidé à rechuter, déclare n'avoir pas lu que la bière figurait dans la liste des boissons alcoolisées ; tel autre, particulièrement culpabilisé, affirme que nous décrivons la thérapeutique à l'apomorphine comme une punition justifiée. Celui-ci, désireux d'échapper à toute angoisse, est incapable de se souvenir du titre et du contenu du chapitre concernant les éléments psychologiques, chapitre qu'il a non seulement lu la veille, mais entièrement recopié à l'intention de sa femme. Celui-là, dont le problème conjugal est très important, nous fait observer que nous avons omis de recommander à la famille de ne pas contrôler la prise des médicaments de post-cure : il est étonné de constater que ce point est spécialement souligné. De tels exemples pourraient être multipliés ; ainsi le dépistage quotidien des projections et surtout des scotomisations de ce genre devient-il une épreuve qui aide le médecin à une investigation psychologique plus serrée et lui permet une action psychothérapique plus précise.

Dans le même ordre d'idées, la lettre à la famille constitue un instrument utile dans la mesure où l'on cherche à se rendre compte des oppositions que sa lecture déclenche. Le plus souvent, cette lettre est commentée à la fois avec intérêt et scepticisme ; elle joue aussi le rôle d'un test, permettant d'extérioriser les résistances larvées de l'entourage du malade.

Enfin, pendant la post-cure, nous demandons aux malades de relire le plus souvent possible ces documents, en tout cas avant chaque visite. Dans la mesure où ce conseil est suivi, on constate parfois que, brusquement, ils ont découvert dans le texte la signification authentique d'un mot, d'une ligne ou d'un paragraphe entier qui, jusque-là, était resté pour eux « lettre morte ». Tous ceux qui ont suivi pendant longtemps des alcooliques en post-cure reconnaîtront là, dans ces acquisitions de type spontané, et qui surviennent par à-coups, l'importance de la solide mise en place de blocs intellectuels qui fixent alors un moment des lents processus de réorganisation.

Conclusion. — Un procédé psychothérapique de cet ordre doit connaître ses buts et ses limites. Répondre à l'avidité du malade, faciliter son besoin d'identification en lui fournissant des explications rationnelles serait peu efficace si, parallèlement, le médecin n'exploitait pas systématiquement, sur le plan individuel, les indications fournies par les déficits dans le mode d'intégration de ces connaissances.

En résumé, un procédé de cet ordre semble aider le malade pendant la cure et la post-cure, en même temps qu'il fournit au médecin un instrument capable de faciliter sa tâche.

A propos d'un syndrome délirant hypochondriaque d'allure chronique guéri sans thérapeutique de choc, par MM. M. Leconte et D. Doutriaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un syndrome délirant hypocondriaque grave, dont le pronostic apparaissait des plus réservé, et devant lequel une thérapeutique énergique par convulsivothérapie aurait paru s'imposer à certains. Un traitement médical simple suffit cependant à amener une guérison rapide.

Après avoir rapporté l'observation, nous aborderons les principaux problèmes, d'ordre diagnostique, pathogénique et thérapeutique, qui se sont posés.

Psycho-diagnostic : Mme Emilienne F..., 56 ans, entre à l'hôpital de Maison-Blanche le 8 juillet 1954. Elle attire d'emblée notre attention sur sa mâchoire, déclarant qu'elle a une malformation datant de sa naissance, et nous montrant par de multiples grimaces et contorsions le fond de sa gorge. Cette « malformation » entraîne, aux dires de la malade, de nombreux troubles, entre autres un « décalage de la figure et une douleur de la langue et du pilier ». La certitude est absolue, et la malade, malgré sa vive anxiété, n'a aucune conscience de son dérangement mental, et rapporte tous ses troubles à cette malformation congénitale. On note un certain théâtralisme dans la présentation ; le fond mental ne paraît que peu touché, puisque cette malade, qui a passé le certificat d'études, s'exprime correctement, ne présente pas d'amnésie importante, et se tient au courant de l'actualité.

Somato-diagnostic : cette « malformation » provoque des troubles importants : un refus presque complet de toute alimentation, des insomnies se renouvelant depuis plusieurs semaines, et une asthénie profonde, qui oblige la malade à garder le lit. Elle présente des phases d'agitation avec violences sur elle-même et son entourage. L'examen attentif de la gorge ne montre aucun signe particulier ; il n'y a pas de signe de stomatite ni de lésion locale ; il faut noter seulement une édentation complète remontant à plusieurs années, et l'état saburral de la langue. Les réflexes tendineux sont vifs. La tension artérielle est à 14/7. Le reste de l'examen est négatif, hormis une pâleur assez marquée, qui nous incite à demander une numération globulaire. De plus, l'hypertrophie légère du foie, les taches rubis de l'abdomen, le tremblement des mains et la trémulation des lèvres évoquent un facteur éthylique possible, que niera formellement la malade ainsi que le mari.

Bio-diagnostic : les examens biologiques essentiels montrent une sérologie négative, un taux d'urée de 0 gr. 50, et surtout une anémie grave à 1.845.000, avec une formule de : leucocytes, 4.400 ; polynucléaires neutrophiles, 56 % ; polynucléaires éosinophiles, 0 ; polynucléaires basophiles, 3 ; lymphocytes, 35 ; monocytes, 6.

Devant l'intensité d'une telle anémie, un traitement symptomatique est immédiatement entrepris, consistant en : douze injections quotidiennes de vitamine B12 (500), protoxalate de fer (1 gr. *per os* pendant un mois), quinze injections d'extrait hépatique.

Les examens complémentaires ne permettent de trouver aucune cause à cette anémie en dehors de la spoliation alimentaire due aux idées délirantes.

Quinze jours après, la malade n'est encore guère améliorée : elle conserve le même syndrome délirant avec certitude absolue d'incurabilité, « puisque la malformation est congénitale » ; l'incurabilité paraissait certaine, et la numération globulaire demeure basse, à 2.355.000.

Le traitement reprend avec six injections de vitamine B12 et six injections de 40 mgr. d'acéto-stérandryl.

Le 17 août, six semaines après son entrée, la malade est en voie de guérison ; la numération est à 4.420.000. Elle a grossi de 3 kg., s'alimente facilement, ne se plaint plus dans le service et s'occupe aux besognes du ménage. Elle demande sa sortie sans trop d'insistance ; interrogée, elle constate la persistance de cette malformation congénitale, mais sans y attacher plus d'importance.

Une semaine après, la numération demeure à 4.320.000, et la malade continue à se réadapter ; elle ne parle pas d'elle-même de la prétendue malformation, et il faut la lui rappeler pour qu'elle nous déclare « qu'elle ne sait pas, mais que ça devait être dans ses idées ».

Elle rentrera dans son foyer le 30 août, moins de deux mois après son hospitalisation, n'ayant subi en tout et pour tout qu'un traitement médical et mono-symptomatiquement étiologique.

Socio-diagnostic (antécédents) : 56 ans, couturière. Mariée à 28 ans, sans enfants. Ménopausée il y a cinq ans. Déjà traitée à la Salpétrière il y a six ans. Père rhumatisant. Les grands-parents paternels et le père étaient alcooliques, et la grand'mère maternelle fit un séjour à Ville-Evrard.

Certificats médicaux

Certificat de placement (5-7-1954).

Délire hypocondriaque fixé sur l'appareil dentaire. Hantise des mouvements de la mâchoire. Anxiété. Manifestations théâtrales. Violences contre elle-même et contre l'entourage. Apragmatisme. Défaut d'alimentation. Insomnie. Vomissements. Refus de soins. Ebauche de tentative de suicide. (Dr W..., hôpital Henri-Rousselle).

Certificat immédiat, Sainte-Anne (6-7-1954).

Etat dépressif à symptomatologie hypocondriaque. Doléances centrées sur une prétendue malformation maxillaire (édentation presque totale depuis cinq ans). Système explicatif complexe et peu communicable. Conviction d'incurabilité, manifestations hypocondriaques : le fait d'être à l'asile va la rendre... tuberculeuse. Evolution en période d'involution présénile. Pas d'aspect déficitaire. Ménopause il y a six ans, sans incident. Nie tout antécédent pathologique. Stérilité volontaire. A maintenir. (Dr X..., médecin de Sainte-Anne).

Certificat immédiat, Maison-Blanche (8-7-1954).

Psycho-diagnostic : syndrome hypocondriaque délirant centré sur une prétendue infirmité de la mâchoire. Conviction d'incurabilité ; refus de se prêter à toute thérapeutique.

Somato-diagnostic : état général médiocre, tremblement discret généralisé, édentation quasi-totale, langue saburrale, foie un peu gros et sensible, tendineux vifs, taches rubis, ménopause il y a cinq ans, frigidité dans le passé.

Bio-diagnostic : urée sanguine, 0,50 ; glycémie, 0,90 ; vitesse de sédimentation, 10/24/85.

Socio-diagnostic : placée volontairement après passage à l'hôpital Henri-Rousselle. A maintenir. (Dr M. Leconte).

Certificat de quinzaine (22-7-1954).

Délire hypocondriaque avec appoint dépressif intermittent. Semble avoir été hospitalisée à l'occasion d'un épisode dépressif. Actuellement calme, mais *convictions délirantes absolues*. A maintenir. (Dr Y..., intérimaire).

Certificat de sortie (24-8-1954).

Psycho-diagnostic : guérison actuelle d'un syndrome hypocondriaque accentué, centré sur l'articulation masticatrice. Actuellement, calme, lucide, docile et bien orientée.

Somato-diagnostic : amélioration de l'état général ; tension artérielle, 14,9 ; pouls, 76 ; édentation.

Bio-diagnostic : découverte à l'entrée d'une anémie intense : 1.845.000 (vitamine B12, protoxalate de fer).

Socio-diagnostic : placée volontairement, mais réclamée par le mari, qui nous écrit : « Son séjour chez vous a été une merveille, et vous en remercie. » Inoffensive actuellement et très améliorée, le service manquant par surcroît d'un pavillon de convalescentes, la sortie peut être accordée. (Dr M. Leconte).

Discussion. — Cette observation appelle plusieurs remarques.

Problème diagnostique. — On pouvait incliner classiquement vers un *délire hypocondriaque*, en faveur duquel convergeaient la certitude

absolue, le caractère un peu anormal, personnel, difficile à vivre, de la malade, l'absence d'inhibition, l'ancienneté de l'état mental pathologique ; ou vers un *état dépressif* à symptomatologie hypocondriaque, en faveur duquel l'on trouvait le caractère aigu de quelques troubles, un accès antérieur, avec tentative de suicide.

En raison de l'intrication des phénomènes, nous adopterons le psychodiagnostic de « syndrome délirant hypocondriaque sur fond dépressif intermittent ».

Problème pathogénique. — L'importance de l'anémie, et la guérison de l'affection coïncidant avec la réparation de celle-ci, nous permettent de poser deux questions :

Est-ce l'anémie qui a déclenché ce syndrome psychiatrique aigu sur un terrain prédisposé ?

Sur le plan symptomatique : la localisation au niveau de la sphère buccale des préoccupations de la malade n'était-elle pas due à l'existence de cette anémie, car on sait la possibilité de manifestations dysphagiques au cours des anémies ? Il n'y avait pas de signes cliniques apparents de glossite.

L'anémie pouvait d'ailleurs être l'une des conséquences de la restriction alimentaire, et l'édentation une épine irritative cénesthésique.

On ne peut que regretter l'absence d'un examen systématique et complet du sang, qui nous aurait permis de résoudre ces problèmes. Mais l'ère biologique de la psychiatrie à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche n'est pas encore parvenue au stade adulte.

Problème thérapeutique. — Il nous semble essentiel de rappeler que cette guérison a été obtenue sans électrochoc, grâce à un traitement médical orienté par un examen clinique complet, et ceci en dépit de la gravité apparente de l'affection. Sans mettre en doute la valeur des thérapeutiques psychiatriques modernes, nous voulons insister sur la nécessité de commencer par un traitement somatique complet, et sur la prudence qu'il faut toujours garder dans l'interprétation des résultats.

Quant au pronostic mental de cette malade, gageons qu'il sera fonction de l'état somatique, c'est-à-dire pour le moins aussi médical que psychologique ou social.

Discussion

M. S. Vivès (Barcelone). — Je voudrais rapporter ici un cas de délire hypocondriaque guéri, lui aussi, sans thérapeutique de choc et même sans thérapeutique biologique aucune. Il s'agit d'un jeune médecin que j'ai assisté en 1910. D'évidence, aujourd'hui, je ne suis pas en mesure de consulter mes archives ; aussi je vais me limiter à exposer l'essentiel de son cas. Agé de 27 ou 28 ans, célibataire, sans antécédents particuliers, exerçant depuis deux ou trois ans dans un village de la Catalogne occidentale, ce confrère a dû être interné à cause d'un état mental, où, sur fond de dépression psychique banale, s'élevait en flèche, dominant tout le syndrome, l'idée délirante hypocondriaque qu'il lui était impossible de se nourrir, car les aliments qu'il prenait, une fois arrivés à l'œsophage, sortaient par un trou

qu'il sentait exister dans son dos et ne parvenaient jamais à l'estomac. Cette idée délirante, d'une absurdité ahurissante chez un médecin, était tellement irréductible que, en l'absence d'un état mélancolique profond et bien caractérisé, nous avons été amenés à plusieurs reprises à nous demander si nous n'étions pas en face d'une démence précoce à début insidieux. (A cette époque-là, on ne parlait pas encore de schizophrénie). Au bout de quatre ou cinq mois, sans autre traitement que l'isolement, des sédatifs et de la psychothérapie, disons à la Déjerine et à la Dubois (de Berne), pour être bref — la seule psychothérapie d'ailleurs qu'on pratiquait à l'époque — le syndrome a régressé complètement, et le malade ayant quitté la maison de santé, a repris son poste de médecin de campagne. Depuis, il s'est marié, a eu plusieurs enfants et a toujours été bien portant, au moins jusqu'au début de la guerre civile espagnole, en juillet 1936, date à laquelle nous l'avons vu pour la dernière fois.

M. P. Lôo. — Il est banal à mon avis de voir des psychoses guérir spontanément, en particulier dans celles de la ménopause où, souvent, un état dépressif passager prélude à une phase plus aiguë et plus longue.

L'importance de l'anémie peut être imputée à la restriction alimentaire, ou également aux perturbations hypophysaires de cette période physiologique, selon le point de vue d'Evans. Peut-être y a-t-il parfois lieu d'incriminer des erreurs de laboratoire.

M. J. Tusques. — Je désire exprimer mon étonnement devant l'anachronisme que représentent, et cette communication, et cette discussion. On se croirait reporté cinquante ans en arrière. Qu'en 1954 mon ami Leconte croie devoir faire une telle communication est certainement significatif de quelque chose. De quoi ? Il semble qu'il y ait là une conséquence de l'extraordinaire anarchie de nos administrations d'assistance, anarchie qui fait que nous recevons de services hospitaliers très bien équipés des malades qui n'ont souvent pas été examinés, que nous n'avons pas les moyens, nous, d'examiner convenablement, et qui sont passibles de thérapeutiques médicales banales qu'on aurait pu appliquer ailleurs. D'autre part, il semble que mon ami Leconte soit frappé, comme beaucoup d'entre nous, des tendances actuelles vers une psychiatrie un peu trop détachée de la médecine. C'est probablement pour cela qu'il veut insister sur cette notion bien connue que des troubles mentaux peuvent être produits par des affections médicales banales. Néanmoins, il ne faut pas oublier que, même si nous avions les moyens d'examiner complètement nos malades, d'analyser tout ce qui est analysable dans le sang, les urines, toutes les humeurs, il resterait une grande majorité de nos malades chez qui nous ne trouverions aucune des affections médicales connues et qui poseraient encore le grand problème psychiatrique : quel est le trouble de structure biologique en cause ?

Enfin, il ne faut pas oublier qu'à côté du problème médical, vraiment thérapeutique, il y aura toujours un groupe important de malades qui poseront des problèmes originaux d'assistance psychiatrique.

Il semble que ce sont ces problèmes qui devraient, en 1954, être discutés ici.

1° Quels sont les troubles de la structure biologique qui sont responsables des troubles mentaux que nous observons (en fonction, évidemment, de conditions sociales) ?

2° Comment assister les malades chez lesquels il nous est impossible de rétablir une structure biologique suffisante pour un comportement normal (dans les conditions sociales actuelles) ?

Ce serait moins archaïque que de commenter des cas aussi banaux que celui qui vient de nous être présenté. Ce recul scientifique est l'expression du recul effrayant de notre assistance psychiatrique.

Remarques sur les deux phases des traitements sans chocs à propos d'un cas de mutisme secondaire guéri par la provocation d'une émotion joyeuse, par MM. Maurice Leconte et B. Halpern.

La malade que nous vous présentons nous semble assez typique de ce qu'il est souvent possible de faire en psychiatrie où, en somme, le bon sens et une position simplement médicale permettent souvent des succès thérapeutiques sans que les chocs interviennent, non plus que les grandes doctrines extra-médicales, qu'elles soient ou non à la mode.

Une telle observation montre également l'importance du laboratoire et la nécessité des recherches biologiques précoces chez nombre de malades mentaux, donc de laboratoires en état de marche dans les hôpitaux psychiatriques.

Observation. — Le 13 mai 1954, entre dans le service une malade, Mme L..., venant de Sainte-Anne, avec les certificats suivants :

Certificat de placement (10 mai 1954).

Dépression mélancolique. Anxiété. S'agrippe au personnel comme pour chercher protection. Ne répond pas aux questions d'interrogatoire. Entre ses crises, a manifesté dans le service des idées de culpabilité, elle a contaminé tout le monde. (Dr X..., Henri-Rousselle).

Certificat immédiat à Sainte-Anne (11 mai 1954).

Mélancolie anxieuse chez une sénile. Inhibition anxieuse aboutissant à un quasi-mutisme, turbulence, inquiétude, soupirs. Mauvais état général, notion de restriction alimentaire. Hypotension. (Dr Y..., admission de Sainte-Anne).

Psycho-diagnostic : il s'agit d'une femme de 62 ans, petite, menue, très amaigrie, au faciès hagard, anxieux, jetant de tous côtés des regards inquiets, avec un tremblement des lèvres et des mains, qui s'agitent sans cesse. L'interrogatoire ne ramène que des très rares réponses isolées: « je suis veuve », « ma fille vit avec moi », « je ne sais pas écrire », qui tournent au mutisme. Rien sur son identité, son âge, son *curriculum vitæ*, ses antécédents pathologiques, ni les circonstances de l'internement, ne peut être obtenu.

Somato-diagnostic : ce quasi-mutisme s'accompagne d'une opposition à l'examen, qui permet cependant de constater un état de dénutrition et une importante déshydratation avec peau sèche, flasque, gardant le pli, une langue sèche, saburrale, une haleine fétide. On note en outre une hypertrichose, un arc péricornéen, de l'aplasie mammaire. La tension est à 12/8.

Bio-diagnostic : les examens biologiques, pratiqués dès que possible, montrent un taux d'urée à 0,60 le 15 mai, avec une réserve alcaline à 45 volumes, une glycémie à 0,90.

On institue immédiatement un traitement luttant contre la déshydratation, l'azotémie et le risque d'acidose : on fait du sérum glucosé et bicar-

bonaté, auquel on associe une vitaminothérapie intensive (vitamines B et C), d'autant plus nécessaires que la malade refuse à peu près totalement de s'alimenter.

Evolution. — En quelques jours, sous l'influence du traitement, les signes de déshydratation s'effacèrent, l'urée s'abaissa à 0,50, 0,48, 0,45, pendant que remontait la réserve alcaline : 52, 53 et enfin 62 volumes.

Cependant, le mutisme persistait avec apragmatisme, anxiété et refus partiel d'aliments.

Le problème pouvait se poser alors de savoir si, chez cette femme dont l'état général avait été amélioré par la réhydratation et la vitaminothérapie, quelques chocs ne vaincraient pas le mutisme et l'anxiété. Telle était la proposition de traitement faite par l'un de nos collaborateurs.

L'enquête sociale auprès de la famille nous précise un peu les antécédents de notre malade.

Mme L..., née dans la région parisienne en 1891, vécut dans un milieu familial très fruste et n'est jamais allée à l'école. Mère à 18 ans, elle s'est mariée deux ans plus tard, et eut six enfants, dont deux mort-nés, et quatre bien portants. Depuis la mort de son mari en 1936 (décès par pneumonie), Mme L... vivait avec sa fille aînée ; elle s'occupait du ménage et a successivement élevé plusieurs petits-enfants, et en dernier lieu, sa petite-fille Martine. Aucune maladie notable jusqu'en 1942 ; la puberté à 14 ans et la ménopause à 48 ans se passèrent sans incidents. En 1942, elle eut une « grippe pulmonaire ». Puis rien jusqu'en juillet 1953, période à laquelle elle se sentit très fatiguée et incapable de continuer son travail. A la suite de radios pulmonaires, et malgré la négativité des examens bactériologiques, un traitement au rimifon fut institué en même temps qu'on sépare Mme L... de ses petits-enfants. Mme L. se persuada alors qu'elle allait contaminer tout son entourage et tomba peu à peu dans une phase dépressive avec asthénie, apathie, anorexie, insomnie et crises de larmes, qui la conduisit à Henri-Rousselle, puis dans notre service.

L'épisode pulmonaire fut vérifié par une radiographie faite le 26 mai, et qui montre la présence d'opacités réticulo-fibreuses des deux sommets avec images claires bulbeuses considérées comme des aspects de pneumonie réticulée atrophique. L'absence de bacilles de Koch fut confirmée, tant à l'examen direct qu'après culture sur Lowenstein.

Le mutisme persistait au delà de l'amélioration générale.

Mais un point surtout, dans l'histoire de la maladie, retint notre attention : l'aggravation nette de l'état mental à la suite du retrait de la petite-fille. On résolut de tenter une confrontation entre la grand'mère et la petite Martine. Celle-ci eut lieu le 8 août, en présence du chef de service. Dès que la malade vit l'enfant, son visage s'empourpra, marqua une violente émotion ; elle s'anima, « reprit vie » et parla, répondant à la fillette et lui promettant de parler désormais au médecin-chef comme à tous, et de manger. Et, en partie du moins, elle tint parole : elle se mit à manger, et à manger seule, et pendant quelques jours parla un peu.

Mais la visite de l'enfant ne put se renouveler du fait de son départ en vacances, et la malade retomba bientôt dans son mutisme et sa mélancolie pendant que son état physique, néanmoins, allait s'améliorant. Le retour de la fillette fut le facteur déclenchant de la guérison : en quelques semaines, la malade se remit à parler, à s'occuper et à sourire. Pleurs et anxiété

disparurent. Et le 23 septembre, Mme L..., souriante, ayant retrouvé appétit et sommeil, ayant repris du poids, quitte le service pour retourner près de sa fille et petits-enfants.

Le syndrome catatonique fait de mutisme, refus partiel d'aliments, immobilité, avait cédé sous l'influence de la psychothérapie comme l'avait fait le syndrome grave d'acuité sous l'action d'un traitement médical basé sur l'étude somatique et biologique guidée par l'examen médical et la surveillance des constantes biologiques, souvent modifiées dans ces cas.

Conclusion. — De telles constatations ne sont pas exceptionnelles et nous pensons que, très souvent, on pourrait faire l'économie des chocs.

Peu de malades parviennent dans notre service sans avoir subi telle thérapeutique de choc ou telle autre. L'immense proportion d'échecs que présentent actuellement les traitements de chocs, dont on ne se rend pas suffisamment compte dans les milieux où on les pratique primitivement, devrait faire réenvisager l'opportunité de ces thérapeutiques dans nombre de cas.

Aucune des malades sorties de notre service et considérées par nous comme guéries. n'a été choquée depuis longtemps.

Nous avons l'impression que, ce faisant, les rechutes sont moins fréquentes. Sans doute l'internement est-il parfois plus prolongé que dans la présente communication, mais il nous semble qu'il s'agit d'un travail plus solide.

Nous voulons surtout démontrer ici l'importance de la clinique médicale banale, car, en quelque sorte, aucune des grandes théories actuelles ne s'adresse guère aux malades de ce genre, qui sont des plus nombreux dans le service.

Qu'aurait fait de mieux une psychanalyse chez une femme dans un état d'altération extrême de l'état général ?

Que peuvent faire la socialthérapie, le traitement de groupe et l'ergothérapie dans des cas comme ceux-ci, et qui sont extrêmement fréquents. On voit donc la nécessité d'une position médicale telle que le Dr Baruk et nous-même, et un certain nombre d'autres, continuons à défendre sans cesse.

Enfin, soit dit en passant pour confirmer l'un de nos principes de médecine psychiatrique de la nécessité d'une répartition géographique des soins aux malades mentaux, pour éviter ce que nous avons, depuis quinze ans, appelé la certificathérapie, notons que cette malade fut d'abord placée, le 10 mai, à l'hôpital Henri-Rousselle, le 11 mai, à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, le 13 mai, à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, et que nous ne pouvions avoir le premier résultat du dosage de l'urée sanguine que le 15 mai.

On ne saurait trop souligner la nécessité d'obtenir, non seulement le placement géographiquement réparti des malades mentaux, mais l'accélération du débit des examens biologiques.

Nous avons prêté la plus grande attention à l'observation de notre

interne, soulignant la déception qu'aurait eue la malade du retrait de l'affection de sa petite fille.

Bien des médecins de médecine générale font eux-mêmes très attention aux émotions heureuses ou pénibles, à la convalescence des maladies, ou, chez les sujets particulièrement nerveux, voire chez les cardiaques, et nombre de malades, parmi les plus organiques qu'il soit, de la pathologie.

Des cas fort simples peuvent présenter actuellement le même intérêt que des cas fort extraordinaires, car, à notre avis, l'exemple que nous produisons aujourd'hui nous a permis de nous dispenser des thérapeutiques de chocs à la mode.

Il est significatif de voir que, sans grande théorie, avec un minimum de collaborateurs et de locaux, on peut soigner convenablement certains sujets en partant d'une conception médicale.

C'est dire ce que pourrait donner une conception médicale de la psychiatrie avec moins d'encombrement et une administration davantage tournée vers les choses hospitalières.

Discussion

M. P. Lôo. — Il me semble injuste d'opposer le psychiatre-médecin au psychiatre qui fait des thérapeutiques de choc.

Les deux choses ne sont pas incompatibles mais, au contraire, l'importance de l'électro-choc, par exemple, oblige le médecin à une enquête biologique beaucoup plus poussée et en dehors des examens auxquels vous faites allusion, qui sont aujourd'hui une banalité, d'autres sont imposés par les thérapeutiques envisagées : comme les radios systématiques et les électro-cardiogrammes.

C'est un point de vue populaire que de penser que les émotions joyeuses peuvent guérir les dépressions.

Combien d'essais analogues ont été faits sur l'instance des familles et se sont soldés habituellement par des échecs !

Les non-lieux qui ne guérissaient pas au moment de la libération les états dépressifs réactionnels en sont une preuve de plus.

Les cas particuliers que vous publiez rentrent dans ces exceptions connues, qui confirment une règle qui ne l'est pas moins.

Par ailleurs, l'encombrement des services nous incite à pratiquer des thérapeutiques actives.

M. Maurice Leconte. — Nous nous permettons de n'ajouter qu'un mot quant au pronostic des deux précédentes communications et à la prophylaxie de la rechute qui éclaire une conception de l'hygiène mentale.

Il nous semble étroitement et essentiellement lié à la surveillance et à l'avenir de l'état physique de nos malades, qui, restauré, permet mieux de supporter les chocs affectifs de la vie, auxquels peu d'humains échappent.

Comme nous l'écrivions déjà en 1948, et comme M. Barbé a bien voulu le rappeler à la page 1032 de son *Précis*, « l'hygiène mentale apparaîtra, très souvent, comme devant être une hygiène de l'encéphale », c'est-à-dire somatique.

Nous ne croyons pas qu'en matière de psychoses, ainsi que le pensent nombre d'auteurs, le social soit tout, ni que, comme l'a écrit Le Guillant (1),

(1) *L'évolution psychiatrique*, fascicule I, 1954, Introduction à une psycho-pathologie sociale, p. 2.

« la majorité des grands malades d'asile ne présentent et n'ont jamais présenté d'altération sensible de leur santé, de manifestations somatiques ou neurologiques apparentes » et qu' « on devrait insister longuement tout d'abord sur l'absence générale d'atteintes organiques au sens habituel du mot, susceptibles de les expliquer ».

C'est à cette conception, qui nie l'aspect médical interne de nombre de troubles psychiques, et qui prône de façon généralisée les sorties avant guérison, que nous semblent dus nombre de rechutes, et de drames de la sortie.

Mais, si nous sommes ennemi des sorties prématurées, nous demeurons un protagoniste convaincu de salles, services, asiles ou maisons de convalescence psychiatrique.

Indications de l'électro-choc simple et cumulatif et de l'hibernation dans les psychoses aiguës des alcooliques,

par MM. Paul Neveu, E. Derouet et Mme M. L'Hermit.

Les accidents aigus de l'alcoolisme chronique ont fait l'objet de multiples thérapeutiques, toutes efficaces, et dont certaines sont devenues classiques. La convulsivothérapie, cependant, ne semble pas avoir obtenu tout le crédit qu'elle méritait, crédit que l'un de nous a pu lui attribuer en la pratiquant depuis 1915. Il est certain, d'autre part, que toutes les psychoses aiguës alcooliques ne sont pas également curables et que les décès sont loin d'être exceptionnels.

C'est pourquoi, en nous fondant sur une expérience étendue, nous avons pensé qu'il était actuellement intéressant de préciser les indications respectives de deux ordres de techniques peu usitées, bien qu'elles semblent répondre assez exactement aux divers types évolutifs de psychoses aiguës des alcooliques.

Une thérapeutique stéréotypée ne peut convenir à des états cliniques, distincts au point de constituer, à notre avis, des entités pathologiques que nous allons tenter d'individualiser.

1° Le délire alcoolique simple (Magnan), ou état subaigu (Lasègue), caractérisé par un onirisme vespéral et nocturne, une confusion légère, un tremblement discret, évoluant sur un fond d'imprégnation.

2° Le delirium tremens est un terme dont la vulgarisation a étendu le sens bien au delà de sa correspondance clinique. Il n'est légitime de l'employer que dans les cas répondant à la description classique : confusion avec délire onirique permanent, à exacerbation vespérale et nocturne, agitation continue, et surtout tremblement généralisé intense, sueurs profuses, etc... L'hyperthermie reste limitée. Cet état ne doit pas être confondu avec le suivant.

3° Le délire aigu des alcooliques, que nous décrivons par analogie avec le délire aigu de l'encéphalite psychosique hyperazotémique de Marchand, Toulouse et Courtois. Il répond à ces formes graves dont Xavier Abély, dans une intervention au sujet de la communication de

M. Daussy et Mlle Hervo (1), signale la résistance aux thérapeutiques. Les signes secondaires que décrit Xavier Abély ont retenu notre attention, et nous considérons qu'ils font partie du syndrome malin neuro-végétatif qui signe la gravité de ces états.

Le délire aigu des alcooliques débute par un ou plusieurs accès convulsifs. L'aspect clinique du malade est caractéristique : il est étendu sur le dos, souvent en hyperextension, le faciès a un aspect cadavérique, hippocratique, cyanique, la bouche fuligineuse, ouverte, les yeux saillants dans les orbites excavées, il exprime une épouvante figée. Ce tableau d'agonie terrifiante s'accompagne de carphologies, de soubresauts musculo-tendineux, de myoclonies, mais il n'y a plus de tremblement. La fonte musculaire foudroyante est déjà accentuée.

On constate de l'anisocorie, de la mydriase. La tachycardie, à 160-180 et plus, s'accompagne de chute tensionnelle avec pincement de la différentielle. L'ascension thermique est inexorable, déjà elle dépasse 41°. Un de nos malades a atteint 41°7 pendant 36 heures. L'hyperazotémie est massive et croissante, 2 gr. 32 dans un des cas observés. Par sondage, on retire quelques gouttes d'urine, il y a glycosurie et urobilinurie.

L'immobilité permet de faire l'électroencéphalogramme, qui montre des ondes delta, puis un microvoltage d'aspect agonique.

Cet état peut être rapproché des syndromes expérimentaux : le syndrome neurogène de Reilly et le syndrome endocrinogène d'épuisement de Selye.

Sa malignité en fait une indication de l'hibernation, car c'est l'hibernation seule qui nous a permis de faire face à la progression fatale résultant de cette réaction anarchique de défense, et d'enrayer l'évolution de l'irritation végétative, de l'hyperthermie et de l'hyperazotémie, en bloquant l'hypercatabolisme protidique.

Les hibernations que nous avons pratiquées ont été profondes, de l'ordre de 30 à 32°. Elles seront rapportées en détail dans nos publications cliniques. Signalons dès maintenant que le contrôle électro-encéphalographique permet de voir réapparaître un tracé structuré, avec reprise du rythme alpha.

Après l'hibernation, il nous a semblé indiqué d'administrer un ou plusieurs électrochocs, ou, mieux, l'électrostimulation (technique de Riboli), qui nous ont donné les mêmes résultats rapidement favorables que dans les états subaigus ou de delirium.

Depuis longtemps que l'un de nous emploie systématiquement l'électrochoc, aussi bien dans les états subaigus que dans les delirium tremens, il a constaté régulièrement les avantages multiples de cette méthode sur les autres thérapeutiques.

Dans les états subaigus, l'électrochoc simple permet d'obtenir un résultat immédiat, schématiquement : le malade s'endort et se réveille guéri le lendemain.

(1) Notes préliminaires sur un traitement rapidement efficace du delirium tremens. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1953, 2, 237. Intervention de M. X. Abély.

Dans le delirium tremens, il y a avantage à répéter les électrochocs systématiquement. Leur action cumulative permet d'obtenir la disparition de l'accès confuso-onirique. Généralement, trois électrochocs répétés à quelques heures d'intervalle suffisent à procurer le sommeil et la guérison. L'un des avantages notables de cette thérapeutique est de rendre rigoureusement inutile tout moyen de contention que, pour notre part, nous prohibons formellement dans notre service.

En conclusion. — 1° Le délire alcoolique simple de Magnan est immédiatement guéri par l'électrochoc simple.

2° Dans les cas de delirium tremens, les électrochocs, en sommation, donnent une guérison rapide.

3° Le délire aigu des alcooliques, habituellement fatal, est une indication certaine de l'hibernation profonde.

Discussion

M. J. Rondepierre. — Je félicite M. Neveu de ces beaux résultats. Tout donnait à penser que l'électro-choc devait réussir en pareil cas, mais personnellement je n'avais jamais osé le tenter.

M. Neveu a eu le courage de le faire et il a eu raison ; je suivrai son exemple désormais, car on a à déplorer, dans les hôpitaux généraux notamment, une mortalité effroyable chez les malades atteints de delirium tremens.

Sur les effets vasculaires de la cure de sommeil. Régression spontanée d'une aphasie d'expression, par MM. Paul Neveu, E. Derouet et M^me^ M. L'Hermit.

L'une des indications majeures de la cure de sommeil est l'hypertension artérielle essentielle. Quelle que soit la pathogénie admise, psychosomatique, réflexologique ou neurophysiologique, les auteurs s'accordent à reconnaître son efficacité, qui est un fait d'observation objective.

Mais les indications de la cure, applicables à la phase primaire de désordres tensionnels réversibles, sont discutées à la phase d'hypertension constituée, avec troubles d'aspects lésionnels et supposés irréversibles.

Lorsque l'hypertension a déterminé des troubles qui ne peuvent être rapportés avec vraisemblance qu'à une lésion hémorragique ou malacique des centres nerveux, ou encore à une cérébrosclérose généralisée, il ne semble pas que la cure puisse être logiquement indiquée.

Cependant, c'est dans un cas de ce genre que nous avons constaté, fortuitement, qu'une cure de sommeil pouvait entraîner la régression rapide et très importante de troubles si durables qu'ils ne peuvent être rapportés à un phénomène vasculaire spasmodique. La récupération rapide et spontanée d'une fonction neurologique aussi définie dans sa localisation lésionnelle que l'expression verbale, pose, encore

une fois, les problèmes de localisation des fonctions, des conditions d'intégrité nerveuses exigibles pour la restitution fonctionnelle, des interactions et suppléances des centres nerveux, et enfin de la structure fonctionnelle des activités nerveuses hautement différenciées du langage.

Observation. — Pierre F..., âgé de 47 ans, clerc de notaire, est interné le 17 juillet 1954, avec un diagnostic d'éthylisme chronique que viennent infirmer l'examen et la connaissance de ses antécédents.

A l'entrée, il se présente comme un sujet précocement sénilisé, fatigué, pâle, et souffrant d'un certain désarroi. Il donne une première impression d'étrangeté due à son regard perdu au loin, avec un air d'absence qui contraste avec la souffrance inquiète et l'effort qu'exprime sa physionomie lorsqu'il essaie vainement de répondre aux questions posées. Celles-ci amènent invariablement un geste d'excuse et d'impuissance ; en écartant les mains, il répète sur un ton désolé et anxieux : « Je regrette..., je regrette..., je regrette... »

Pendant ces premières heures, il sera impossible d'obtenir verbalement ou par gestes une affirmation ou une négation. Aucun renseignement n'était donné sur son histoire. Sa tenue vestimentaire négligée n'indiquait rien de sa personnalité ou de son passé. L'attitude, empreinte d'une certaine raideur, faisait penser à des habitudes militaires, et nous devions apprendre par la suite que ce malade croyait avoir été dirigé sur un centre de réforme. Quelques jours plus tard, l'anamnèse nous fut précisée.

Pierre F..., dans ses antécédents, ne présente qu'une série d'interventions sur une blessure de guerre du bassin et un paludisme contracté au Maroc. L'éthylisme est absolument exclu.

Depuis 1951, il a présenté plusieurs crises hypertensives avec chute, perte de conscience, immobilité, pâleur, durant une vingtaine de minutes. Certains épisodes se sont accompagnés de miction involontaire et de défécation. En 1953, il fait une cure dans une station thermale : la tension systolique s'élève d'abord à 30, puis descend à 14 ; après son retour de cette cure, en décembre, il est frappé d'aphasie. Pendant un séjour en maison de santé, il est soumis à une cure de sommeil de quatre à cinq jours, interrompue par une poussée thermique, mais qui suffit à déterminer une notable régression de l'aphasie. Cependant, les troubles de la fonction verbale réapparaissent et s'aggravent jusqu'au point que nous avons constaté au moment de son entrée dans le service.

L'examen à l'entrée montre la réduction massive de la parole spontanée. Le malade se tait, évite d'avoir à répondre ou se réfugie dans son habituelle formule d'excuse : « Je regrette. »

Au bout de quelques jours, on constate que la répétition de la parole est possible ; il existe même une écholalie importante, mais avec des itérations et une véritable intoxication par le mot. La formation spontanée de phrases, de propositions ou de fragments verbaux de valeur propositionnelle, est alors possible, par exemple : « Je suis né le..., je suis né..., je suis né... » « Je n'ai pas réussi..., je n'ai pas..., je n'ai pas... pas réussi évidemment. » Mais la dénomination est abolie : on lui montre un crayon : « C'est de..., c'est du stro... stronvision. » Des lunettes : « C'est des..., des..., des..., c'est des... » La reconnaissance des objets est correcte tant que le malade n'est pas fati-

gué. La lecture est impossible et l'écriture copiée très défectueuse et fragmentaire. Il s'agit donc d'une aphasie d'expression, non verbale, mais nominale, avec conservation relative des gnosies et des praxies. La suite de l'examen neurologique précise la localisation lésionnelle en montrant des séquelles d'une hémiparésie droite proportionnelle avec amyotrophie des membres supérieurs et inférieurs, hypertonie modérée, modifications des réflexes plus vifs au membre inférieur droit, où le rotulien présente une diffusion crurale. Le réflexe cutané plantaire est en extension de ce côté. Le déficit pyramidal est mis en évidence par un signe de Barré, observé aux membres inférieur et supérieur droits. En raison de l'état du malade, il n'a pas été possible de mettre en évidence des troubles de la sensibilité, de la stéréognosie ou du schéma corporel. Il s'agit donc d'une aphasie d'expression liée à une lésion gauche ayant déterminé une hémiparésie droite.

L'examen général va montrer l'origine vasculaire de ces troubles. Il existe en effet une hypertension importante et variable, passant pour la maxima de 18-19 à 23-24 et même 26, et une pression diastolique variant de 13 à 15. Il est à noter que les hypotensions relatives s'accompagnent de sensations de malaises, d'anxiété et d'une aggravation des troubles verbeux. L'urée est à 0 gr. 74. Le pouls bat à 120, les bruits du cœur sont normaux. Un électro-encéphalogramme pratiqué le 7 septembre montre un rythme alpha à peine perceptible avec une amplification normale, même en dérivations postérieures. La fréquence est de huit chocs par seconde, l'amplitude de 10 micro-volts environ. La stimulation lumineuse intermittente fait apparaître des anomalies à prédominance antérieure gauche ; et après la stimulation, de grandes pointes, se généralisant dans les dérivations postérieures et prédominant toujours à gauche. Une nouvelle stimulation fait réapparaître les ondes de cinq chocs par seconde en F3-P3 à gauche, et plus faiblement en P3-O1 gauche et P3-T5 gauche, cependant que les dérivations droites correspondantes demeurent peu modifiées. Les dérivations antérieures montrent, à gauche : en Fp1-F3, F3-C3, Fp1-F7, et accessoirement en Fo-Co des ondes delta à 1,5 choc par seconde à front raide, en forme de dents de scie, de 25 à 30 micro-volts. Ce foyer d'ondes en dents de scie se situe au niveau du lobe frontal gauche. Pendant l'enregistrement suivant, le malade fatigué s'est assoupi et se trouve tourné vers la gauche, le membre inférieur droit en rotation interne. En dérivations bi-polaires, antéro-postérieures, le tracé est plus ample et plus irrégulier à gauche, avec des ondes thêta et même delta. En conclusion : localisation d'un foyer vasculaire au lobe frontal gauche expliquant les troubles aphasiques d'expression accompagnant une hémiplégie droite avec crises toniques à type de torsion.

Au point de vue mental, Pierre F... se montre souvent anxieux, son désarroi crée des crises de larmes et, par désespoir, il lui arrive de supplier qu'on le fusille. C'est dans le but de calmer cette anxiété que nous décidons de le soumettre à une cure de sommeil.

Cette cure est appliquée suivant la technique dite « potentialisée ». Le 8 septembre, premier jour du traitement, la tension artérielle est à 21-10. La posologie comprend : eunoctal, 0 gr. 20 ; véronal, 0 gr. 10 ; phénergan, 0 gr. 075 ; ces doses seront renouvelées trois fois par jour. Le 9e jour, on doit opérer une substitution de barbituriques, au phénergan on associe nembutal et gardénal à la dose de 0 gr. 10 pour chacun d'eux. Le 15e jour, on passe à la neurolyse simple par largactil en injections intra-musculaires de 0,025. Le 22e jour, au ganglioplégique on associe à nouveau des barbituri-

ques : gardénal et nembutal (0 gr. 10 pour chacun d'eux). Le 26e jour, arrêt de la cure.

Au cours du traitement, les variations de la tension artérielle sont peu importantes, sauf en fin de cure, où l'équilibre s'établit aux environs de 13-7 1/2.

Alors que se déroulait la cure de sommeil, nous constatons avec surprise que Pierre F... est maintenant capable de parler. Non seulement il forme des phrases correctes et qui portent la marque de l'éducation qu'il a reçue, mais encore la dénomination, qui était impossible, est maintenant presque totalement restituée. Une seule réserve doit être faite au sujet de la fatigabilité, qui demeure très grande. A la fin de la cure de sommeil, une certaine stabilisation était obtenue.

Les examens montrent alors que la parole spontanée est absolument correcte ; c'est à peine s'il cherche un peu ses mots quand l'entretien se prolonge. La dénomination des objets est correcte et immédiate, celle des couleurs montre une tendance à rapporter au concret : canari pour jaune, orange pour rouge. La lecture de l'heure est précise et exacte. La lecture est courante et le sens des mots et des propositions est bien compris. L'écriture spontanée est correcte, mais l'écriture copiée demeure difficile. C'est dans le domaine graphique que semblent persister encore des troubles certains : si le calcul mental est excellent, par contre il ne peut, dans le calcul à la plume, faire autre chose qu'une addition ; la soustraction, la multiplication et la division sont impossibles. Le dessin et la copie de figures géométriques sont corrects. La répétition des rythmes et le chant sont conservés. La recherche des troubles du schéma corporel n'en a pas mis en évidence.

C'est donc une réduction spontanée très importante quoique non totale de l'aphasie que nous observons chez Pierre F... L'examen neurologique nous montre maintenant une régression des signes localisés : les cutanés plantaires sont en flexion, seuls persistent une légère hypertonie et un signe de Barré, qui viennent rappeler le déficit pyramidal à droite.

Un nouvel électro-encéphalogramme, en date du 18 octobre, montre : sur les tracés frontaux : Fp2-C4 et Fp1-C3, un tracé sensiblement symétrique avec un rythme à 8 chocs par seconde et de faible amplitude (25 volts) ; les tracés postérieurs C4-O2 et C3-O1 sont asymétriques en amplitude et en fréquence ; C4-O2 : 50 volts à 9 chocs par seconde et C3-O1 : 20 à 25 volts à 5 à 6 chocs par seconde. En F8-T6 (droite) : tracé de 50 volts à 8, 9 chocs par seconde ; en F7-T5 (gauche) : 15 volts à 5 chocs par seconde. La stimulation lumineuse intermittente et l'hyperpnée accentuent la dissymétrie. Conclusion : anomalies asymétriques en arrière et à gauche (rythme thêta de bas voltage).

Le bilan humoral s'établit comme suit : azotémie, 0 gr. 68 ; cholestérol total, 2 gr. 20 ; cholestérol estérifié, 1 gr. 60 ; rapport, 0,7. L'examen des urines montre une albuminurie à 0 gr. 15 par litre, l'absence de glucosurie ; le culot urinaire ne renferme que des leucocytes et des cellules vésicales ; il n'y a pas de cylindres.

Une brève observation, rapportée par Angel : « Thérapeutique par le sommeil », p. 106, rend compte d'un fait comparable à celui que nous rapportons :

Observation. — Femme de 56 ans, qui présente une hypertension maligne avec troubles cérébraux vasculaires, découverte depuis six ans. Elle souffre de céphalées, présente de la dyspnée, est aphasique et agraphique ; ses réflexes sont vifs ; léger Babinski ; elle présente une paralysie faciale droite. Son hypertension artérielle est à 24,5/14, d'apparence essentielle et de type malin. Au fond d'œil, artères grêles et spasmées avec précipités de cholestérine. On décide une cure de sommeil. L'agitation de la malade oblige à augmenter chaque jour les doses. Après quelques jours, malgré 14 comprimés d'eunoctal, on ne parvient pas à obtenir un sommeil calme et régulier. On associe alors le 4560 R.P. On obtient ainsi un sommeil régulier avec seulement 6 comprimés d'eunoctal. La cure n'amène pas de changements importants du chiffre tensionnel ; la tension artérielle est à 23/13, mais les céphalées ont disparu et l'aphasie a régressé ; la malade, quoique lentement, trouve ses mots et parvient à s'exprimer.

Notre observation concerne donc une aphasie durable, à localisation lésionnelle, les anomalies de l'électroencéphalogramme situées à gauche signant l'existence d'un foyer qui paraît être un ramollissement sylvien profond par thrombose.

La restitution fonctionnelle a été obtenue après la cure de sommeil, malgré la persistance de la lésion, ainsi que le démontre la constance des altérations localisées du rythme bioélectrique cérébral.

Comment peut s'expliquer la restitution fonctionnelle ? Et comment est-elle rendue possible par l'état cérébral pendant la cure de sommeil ?

Un premier type d'explication, strictement localisateur et anatomique, ne pourrait rendre compte de la restitution rapide d'une fonction abolie par une lésion circonscrite. Si, dans les troubles transitoires, il peut être supposé qu'un spasme vasculaire cède à une thérapeutique active, il ne peut en être de même après huit mois d'évolution, l'ischémie cérébrale déterminant à coup sûr une destruction irréversible du tissu nerveux.

Dans une perspective physiopathologique on pourrait admettre que le fonctionnement des parties intactes du cortex après la cure de sommeil permet la récupération des fonctions verbales. Hypothèse qui s'accorde avec les données neurologiques admettant la localisation lésionnelle, mais en repoussant l'extension au sens de siège fonctionnel. On sait que les suppléances peuvent s'établir progressivement en utilisant les tissus nerveux intacts. Cependant, ces restructurations des fonctions nerveuses, telles qu'on les observe au cours d'une rééducation, sont lentes. Dans l'observation publiée par l'un de nous d'une aphasie d'expression chez une jeune fille bilingue (1), une rééducation assidue avait demandé huit mois. Cette hypothèse ne peut donc rendre compte du fait observé.

Aussi sommes-nous amenés à reprendre la notion de *diaschisis*, de

(1) Paul Nevеu et G. Untereiner : Rééducation d'une aphasique bilingue. *Réunion psychiatrique de Strasbourg*, juin 1950.

V. Monakow. C'est par un effet à distance d'ébranlement général, ou dans une orientation cybernétique de brouillage des circuits, que la lésion produit ici la perte de la fonction verbale. L'effet de diaschisis est entretenu par les variations brutales de la tension et les accidents neurologiques apparaissant au cours des crises hypertensives. La cure de sommeil supprime les phénomènes de diaschisis et réduit les effets de la lésion à son strict domaine anatomique. D'où réapparition spontanée d'une fonction qui n'était pas détruite, mais seulement marquée par les phénomènes extensifs de diffusion.

L'action de la cure de sommeil, mise en repos des circuits cérébraux, est comparable à l'action des anesthésiques, ou, mieux, des ganglioplégiques, qui suppriment les phénomènes de choc ; troubles dont l'extension et la diffusion par l'intermédiaire des systèmes végétatifs et humoraux dépassent toujours largement les effets strictement lésionnels.

Nous pouvons en conclure qu'il peut être intéressant d'étendre les indications de la cure de sommeil dans les troubles neurologiques localisés, et même généralisés, que nous avions continué d'attribuer aux processus artériopathique et d'artériosclérose, sans tenir peut-être un compte suffisant de l'effet de diaschisis qui vient en majorer l'expression clinique.

Discussion

M. J. Rondepierre. — A côté de ces excellents résultats que nous rapporte M. Neveu, il faut porter au passif des cures de sommeil des accidents graves chez les hypertendus artériels. Un malade encore jeune est entré dans mon service après une cure de sommeil d'une dizaine de jours pratiquée dans un service de cardiologie ; la tension artérielle était tombée et restait normale.

Très rapidement, ce sujet a présenté un affaiblissement intellectuel progressif. On peut penser que l'hypertension jouait, au niveau de son cerveau, un rôle favorable, arrivant ainsi à provoquer une irrigation suffisante. En tout cas, cet encéphale n'a pu s'adapter à un état vasculaire brusquement modifié. La cure de sommeil peut donc être une arme à double tranchant et demande à être maniée avec prudence et compétence.

Confrontation clinique et electro-encéphalographique à propos d'un cas de névrose obsessionnelle juvénile grave, par MM. M. Bachet, P. Marchais et Mme Alfred Capdevielle.

Observation. — Le jeune Michel P..., âgé de 16 ans, présente un tableau clinique de névrose obsessionnelle grave, suivant l'opinion de tous les psychiatres l'ayant examiné. Elle a été très précoce, dès 5 ou 6 ans, manifestement phobique dès 8 ou 9 ans (phobie des choses sales, du sang). A 14 ans, aggravation, du fait de brimades au lycée ; il reste confiné un an dans une chambre. On essaie de le réadapter dans un établissement secondaire de filles ; il n'y subit aucune brimade, aucune hostilité, mais après quelques mois arrête ses études, et se confine à nouveau dans sa chambre. Automatisme

psychologique des psychasthènes considérable ; les phobies principales persistent, d'autres se surajoutent. La vue de nombreux objets provoque des associations d'idées très anxiogènes, pseudo-hallucinatoires, avec riche symptomatologie vaso-motrice, et des crises scandaleuses par l'agitation, le bruit et le retentissement local.

L'enfant est hospitalisé, traité. On assiste à l'amélioration progressive, extrêmement nette en quelques mois ; disparition complète des crises, diminution considérable de l'activité obsessionnelle, adaptation à la vie du service, à la compagnie d'autres malades, etc... Cette amélioration persiste pendant le mois de vacances, interrompant l'hospitalisation et passé avec la famille, ce qui est très important. Elle n'est cependant pas complète : persistance de rites alimentaires, impossibilité de manger de la viande, troubles vaso-moteurs et circulatoires lors d'anxiétés.

On observe surtout un comportement homosexuel. Ce terme doit être compris dans un sens psychiatrique et non pas dans le sens commun du terme. Il s'agit d'un fils unique d'une famille de fonctionnaires, très scrupuleux, ayant vécu en cercle familial fermé, n'ayant jamais présenté la moindre tendance aux perversions sexuelles.

Après les avoir longuement observés, nous pouvons affirmer que l'affectivité entre la mère et le fils est anormale. Cette anomalie semble due à des facteurs tenant à la mère ; personne dont la vie est régulière, mais déséquilibrée affective manifeste ; à des facteurs propres au fils, notre malade ; probablement aussi à une similitude héréditaire de tendances favorisant le confinement dans une résonance affective permanente.

Il est absolument frappant d'observer le maniérisme généralisé, précieux, indescriptible, présenté par ce jeune garçon. Maniérisme absolument caricatural, qui frappe quiconque ne l'observe que quelques instants, et entraîne souvent une conclusion populaire, péjorative et injuste. Cette attitude est survenue spontanément, sans aucun exemple, sans la moindre culture. Elle ne disparaît qu'au cours de certaines séances de psychothérapie. Il est impossible de déterminer l'époque de son apparition, ni si le séjour dans un lycée de filles l'a provoquée ou aggravée. Un fait est certain et paraît très important : elle s'extériorise d'autant plus que l'activité obsessionnelle et ses conséquences sont moins marquées. L'enfant est, soit anxieux, soit affecté et ridicule, rarement, mais quelquefois libre et d'aspect normal.

Il est très intelligent, d'une extrême finesse, surtout d'une extrême sensibilité. Voici quelques extraits de ses lettres :

« J'admire ma mère pour son abnégation et son courage, mon père je le minimise un peu. Adoration exagérée, automatiquement pour parler ordinairement, " cet enfant est dans les jupons de sa mère ". *Non, j'essaie de lui rendre ce qu'elle me fait.* » (souligné par nous)...

« Comme dit Chateaubriand, " il n'y a rien de plus poétique dans les passions qu'un cœur de seize années ". Je me suis rendu compte hélas, d'après les chocs nerveux que j'ai eus, que l'ami infaillible n'existe que dans mon imagination. Imagination qui s'allie avec le caractère et qui contribue à faire de moi un être bizarre et trop au-dessus des idées générales qui font de moi celui dont on s'amuse. »

Enfin, dans une autre lettre, l'enfant décrit longuement à ses parents l'affection dont il souffre d'être séparé de Guy, jeune homme plus âgé que lui, et demande pourquoi serait-il anormal de ne pas vivre toujours ensemble.

Lorsque nous demandons l'examen électro-encéphalographique, nous pensons rencontrer un de ces retards de maturation du tracé si souvent associés à d'autres retards de maturation, affective en particulier. Anomalies rencontrées chez nombre de sujets très différents de notre malade, les récidivistes de Fresnes, épileptoïdes ou non, mais que Magnan a cependant réunis dans le même chapitre. Le tracé en révèle beaucoup plus à notre grand étonnement. En voici l'essentiel : évidemment beaucoup d'ondes thêta, mais surtout : « de grandes bouffées lentes et pointues spontanément et à l'hyperpnée. Des résultats spectaculaires à la stimulation photique, réponses extrêmement, vivement mais surtout avec des bouffées de pointes ou des diffuses infracliniques et des polypointes accompagnées de clonies. En somme, une grande suspicion de comitialité ».

Nous avons fait faire six tracés espacés. La réponse a toujours été identique quant à l'essentiel et les conclusions identiques.

Devant de telles conclusions, nous avons minutieusement révisé l'étude clinique. Existe-t-il un petit mal clinique passé inaperçu à des examens pourtant minutieux ? D'une part, il semble bien que les grandes bouffées lentes et pointues survenant spontanément à chaque tracé, sans excitation lumineuse, doivent avoir parfois une traduction clinique ou fonctionnelle. Il existe bien des troubles céphaliques, des phénomènes que le malade appelle vertiges ou absences, des malaises. Mais il faut renoncer dans ce cas à vouloir séparer la symptomatologie obsessionnelle vasomotrice douloureuse, vertige mental, malaise provoqué par une association d'idées, etc., de ce qui peut être une manifestation du petit mal.

Un seul signe clinique cependant se distingue : les secousses myocloniques ; il en existe de spontanées, sans excitation lumineuse, sans l'étude électroencéphalographique, nous ne le saurions pas.

Ces secousses myocloniques, spontanées, et surtout à l'excitation lumineuse, sont-elles de l'épilepsie ? Nous avons soumis notre malade à l'excitation pendant une heure aux fréquences qui produisaient le plus les secousses, nous n'avons obtenu que des secousses, rigoureusement rien d'autre, pas même une fatigue après la séance. Mais nous savons qu'il n'en est pas toujours ainsi, au contraire. Enfin, un tel symptôme ne peut être réduit à la pathologie classique des névroses psychasthéniques.

En somme, il s'agit d'une névrose phobique, obsessionnelle, très précoce, intense, devenue très grave, associée ou se transformant en un état d'anomalie affective faisant craindre l'homosexualité. L'étude générale semble fournir les matériaux les plus riches pour une construction psychogénique.

L'examen électroencéphalographique apporte une adjonction considérable à un tel bilan. Sans doute, et comme toujours, importe-t-il d'envisager la confrontation entre les anomalies des tracés de type épileptique et l'épilepsie clinique. Mais, pour ce cas, on ne peut nier que le tracé ait, d'une part, ajouté un élément biologique important et révélé un élément clinique qui serait passé inaperçu. Ce cas peut

être ajouté à ceux pour lesquels la révision des conceptions est encouragée par cette technique, comme par exemple en psychiatrie criminologique, et en particulier en ce qui concerne l'épileptoïdie de Lombroso.

DISCUSSION

M. Salvador VIVÈS (de Barcelone). — Obsessions, phobies et homo-sexualité, s'imbriquant chez le malade dont l'histoire clinique vient de nous être présentée. L'homo-sexualité ayant fourni l'occasion d'entendre d'intéressants aperçus dans le cours de la communication, qu'il me soit permis de rapporter, schématiquement, deux cas d'homo-sexualité qu'il m'a été donné d'observer, parmi beaucoup d'autres, dans ma clientèle en ville. Ces cas, fort curieux par certains côtés, soulèvent de nombreux problèmes d'ordre psychopathologique et social, problèmes qu'il ne serait pas pertinent d'entamer, encore moins d'examiner, dans cette discussion.

1er cas. — Homme de 40 ans, marié, père de trois enfants bien portants, propriétaire d'une usine de tissages, que lui-même dirige. Intelligent, travailleur, altruiste, aimant sa femme, ses enfants, son foyer, où il reçoit fort souvent ses amis et relations. Sportif, grand skieur, cultivé, d'un sens moral assez exigeant pour lui-même, quoique ne pratiquant aucune religion positive. Pycnique, syntone, de constitution cyclothymique, il présente de temps en temps de légers états dépressifs, seulement remarqués par sa femme, car il continue tous les jours à se rendre à son usine, où tout de même il s'acquitte de sa tâche, bien que sans entrain et sans aisance. Dans ces états dépressifs, qui sont mis pieusement sur le compte du surmenage, il se sent frigide vis-à-vis de sa femme (il est monogame de par la loi d'abord, mais aussi par principe et par loyauté envers sa femme, dont il est d'ailleurs très épris), et se sent en revanche attiré par certains hommes qu'il aperçoit dans la rue, au théâtre, au restaurant, et qu'il devine être des homo-sexuels, par cette sorte de 6e sens que possèdent les invertis. En prenant des précautions minutieuses et invraisemblables, afin de préserver sa respectabilité sociale et surtout pour que sa femme ne soit pas en mesure de soupçonner ses penchants contre nature, il parvient à avoir des rendez-vous avec des partenaires. Ces rendez-vous, où il a le rôle actif, soulagent quelque temps sa libido et sont suivis de dégoût, de honte, de remords, de reproches, d'invectives contre soi-même, quitte à en rechercher de nouveaux aussitôt que les pulsions de sa libido reviennent à un certain niveau. La dysthymie finie, tout rentre dans l'ordre et son comportement sexuel redevient normal. De sa propre initiative, il a voulu consulter un endocrinologue et je l'ai aiguillé vers le professeur Marañon, qui n'a constaté aucun trouble endocrinien. Je signale que, vers l'âge de 16 ans, mon client aurait eu, avec des camarades d'internat, de ces rapports sexuels que nous savons être assez fréquents aussi bien chez les garçons que chez les jeunes filles.

2e cas. — Homme de 35 ans, architecte, peintre amateur doué d'une fine sensibilité artistique. Célibataire, froid, présentant même une certaine sécheresse d'esprit et de cœur, souvent renfrogné, leptosomatique ; il vient me consulter pour un état dépressif léger avec, au premier plan, des troubles digestifs, c'est-à-dire pour un syndrome psycho-somatique dont il n'est pas difficile de venir à bout. Vers la fin du traitement, un beau jour le malade en vient à parler de sa vie sexuelle, au sujet de laquelle il s'était montré jusqu'alors fort réticent et évasif. Spontanément et sans aucune espèce d'émotion et sans la moindre honte, il nous dit qu'il a été toute sa vie durant un homo-sexuel « sans peur et sans reproche », pourrait-on dire, qu'il n'a jamais souffert moralement de cette anomalie, qui pour lui n'en est pas une, et que la seule chose qu'il regrette c'est qu'on n'ait pas prévu

des maisons closes et des endroits de rendez-vous pour les homo-sexuels, afin de leur éviter les pièges que certains partenaires « professionnels » leur tendent pour les faire chanter. J'ajoute qu'aucun de ces deux homo-sexuels si disparates n'avait ce maniérisme *sui generis*, si bien décrit dans la communication ; aucun ne s'habillait non plus avec une recherche suspecte. En dehors de ceux de la « confrérie », personne n'aurait soupçonné chez eux l'homo-sexualité, tant leur extérieur était simple et moyen, pour ne pas dire terne et insignifiant.

Entre ces deux types extrêmes, d'homo-sexualité, il y a place pour ces homo-sexuels « platoniques » qui, vers la trentaine, vont consulter le psychiatre et cherchent à être délivrés de leur penchant contre nature, soit que celui-ci entre en conflit avec leur conscience religieuse, soit qu'il les empêche de se marier avec une jeune fille charmante dont ils sont épris par ses qualités morales mais près de laquelle ils ne ressentent le moindre émoi physique, sans parler de ceux chez qui une libido puissante et constamment refoulée déchaîne des crises d'angoisse fort pénibles. Chez ces groupes d'homo-sexuels, le traitement par l'analyse psychique et les thérapeutiques biologiques obtient des succès non négligeables. Cependant, dans plusieurs cas, le psychiatre doit se contenter d'acheminer son client sur la route d'une sorte de « sénéquisme » moral qui apaisera sa conscience et le rendra acceptable à son propre moi supérieur, tout en l'aiguillant vers des activités artistiques, littéraires, sportives ou sociales qui sublimeront ses pulsions sexuelles et seront un utile ersatz à son besoin d'aimer et d'être aimé. (Il ne m'a pas été donné de connaître ces homo-sexuels qui sont fiers de leur singularité ; plutôt qu'avec le clinicien que je suis, ils ont affaire à la police des mœurs et aux experts près les tribunaux). On voit bien que l'homo-sexualité est un carrefour où le douloureux, l'interlope et le troublant se croisent et se donnent rendez-vous, tout en posant des problèmes éducatifs, psychologiques, psychiatriques, sociaux ou simplement humains, car nos sociétés chrétiennes ne partagent pas l'aimable et bienveillante tolérance que l'ancienne Grèce, notre mère à tous, montrait pour certains travers de la nature, qui de nos jours ne font peur, ni ne répugnent aux hommes d'autres sociétés non chrétiennes.

⁂

Approbation des modifications aux statuts

Par décret du 6 septembre 1954, les modifications aux statuts votées par l'assemblée générale ont été approuvées par M. le président du Conseil des ministres et par M. le ministre de l'Intérieur.

Le nouveau texte paraît dans le présent numéro des *Annales médico-psychologiques* (pages 533-540).

Autorisation d'acceptation du legs de M. le Dr Hans Evensen, de Gaustad (Norvège)

Par arrêté du 14 août 1954, M. le préfet de la Seine autorise la Société médico-psychologique à accepter le don manuel de 900.000 francs, qui lui a été fait au nom de M. le Dr Hans Evensen, par l'intermédiaire de l'Ambassade de Norvège, et à affecter les revenus de cette somme à la création d'un prix destiné à offrir une bourse de voyage à un jeune psychiatre français. Ce prix portera le nom de « *Prix Evensen* ».

Rectification

Le Dr M. Leconte, dont le nom figure parmi les membres de la commission désignée à la suite de la communication de M. G. Daumézon, dans la séance du 28 juin 1954, déclare ne pouvoir faire partie de cette commission.

Déclaration de vacance de quatre places de membre titulaire

La Société décide de déclarer vacantes quatre places de *membre titulaire.* Les candidats ont jusqu'au lundi 22 novembre 1954, date à laquelle sera désignée la commission chargée de l'examen de ces candidatures, pour adresser au secrétaire général leur demande accompagnée d'un exposé de titres et travaux scientifiques. Le vote aura lieu à l'assemblée générale du lundi 20 décembre 1954.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. J. Rondepierre, au nom d'une commission composée de MM. J. Dublineau, Y. Porc'her et J. Rondepierre, rapporteur, M. le Dr Paul Hivert est élu *membre correspondant national,* par 19 voix sur 19 votants.

Après lecture d'un rapport de M. G. Daumézon, au nom d'une commission composée de MM. H. Ey, P. Sivadon et G. Daumézon, rapporteur, M. le Dr Henri Faure est élu *membre correspondant national,* par 18 voix sur 19 votants.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. J. Delay, X. Abély et P. Abély, rapporteur, M. le professeur Guido Reale, de Sienne, est élu *membre associé étranger,* par 19 voix sur 19 votants.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire général :
Xavier Abély.

SOCIÉTÉS

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 25 septembre 1954

Présidence : M. P. FOCQUET, président

La personnalité de l'exhibitionniste, par M. J. Lefèvre.

L'auteur confronte les données de la littérature avec celles de la clinique et celles que l'on peut déduire des tests projectifs, principalement de ceux de Rorschach et de Machover. Il souligne notamment l'image que le patient se forme de son corps, et la structure de ses relations avec sa mère, structure qui se retrouve dans toutes les relations qu'il entretient avec la femme en général.

A partir de ces diverses notions, il esquisse une interprétation de la personnalité de l'exhibitionnisme, à la lumière de la phénoménologie, notamment de ce que Sartre dit de l'aliénation ressentie sous le regard d'autrui et du besoin de communication au sens de Jespers. Dans cette perspective, l'exhibitionnisme n'est plus qu'un moment particulier d'un mode d'être dans le monde. L'acte du patient est la tentative convulsive et quasi-magique de briser les chaînes de son solipsisme, en forçant par la pitié, la crainte ou l'admiration, le regard d'autrui, pour que celui-ci le fonde comme être-sujet, comme personne humaine.

Involution de l'intelligence et démence, par M. R. Nyssen.

Si la déchéance de l'intelligence constitue l'élément central et nécessaire de la démence, le diagnostic précis de celle-ci nous oblige à tenir compte non seulement de la multiplicité fonctionnelle de l'intelligence proprement dite, mais aussi et surtout de l'évolution et de l'involution des différentes capacités d'efficience intellectuelle et des facteurs qui les influencent. En psychologie clinique, on a constaté de plus en plus combien il est nécessaire, dans le diagnostic d'une démence débutante ou discrète chez l'adulte, de tenir compte de l'involution normale des capacités intellectuelles. D'après les résultats concordants de nombreuses recherches, l'existence de cette involution avec l'âge ne laisse aucun doute. La différenciation clinique de

l'involution normale et de la détérioration pathologique de l'intelligence par des méthodes psychologiques suppose l'emploi d'instruments sensibles et bien étalonnés aux différents âges et en particulier aux âges avancés.

L'auteur fait une étude critique des tests généralement utilisés et montre leur faible validité clinique. Il indique des épreuves plus sensibles qui demandent, non seulement un étalonnage différencié d'après l'âge, le sexe, le degré de culture mais aussi une étude statistique préalable.

Agnosie visuelle pour les objets animés, inanimés et pour les couleurs après deux atteintes vasculaires successives des lobes occipitaux, par M. J. DE BUSCHER.

Présentation d'un homme de 56 ans, hypertendu, ayant fait à 18 mois de distance deux ictus : le premier suivi d'hémianopsie homonyme gauche, paresthésies de la main gauche et parésie du pied gauche, le second suivi d'un état confusionnel avec aphasie nominale transitoire. Rétabli, le sujet présente une hémianopsie homonyme supérieure droite en quadrant, une agnosie « statique » pour tous les objets animés ou inanimés, pour leurs couleurs (sauf le rouge) mais non pour leurs contours, leurs dimensions, leur direction, ni surtout pour leurs déplacements. Alexie complète, altération considérable de la reconnaissance des chiffres mais ni agraphie, ni véritable acalculie, ni troubles du schéma corporel.

Ce syndrome est attribué à la thrombose successive des deux artères cérébrales postérieures.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 25 septembre 1954

Présidence : M. E. EVRARD, président

En ouvrant la séance, M. E. EVRARD, président, souhaite la bienvenue au professeur R. ADAMS, de Boston, qui honore la séance de sa présence.

Sur une affection pyramidale et extrapyramidale progressive simulant une hémiplégie infantile et à caractère familial, par M. DEVOS.

Présentation de malades issus d'une famille où deux frères ont épousé deux sœurs. Chez deux enfants sur quatre (dont l'un est mort à huit jours) s'est développée dès la première enfance une hémiplégie progressive. Il existe

une attitude décérébrée du membre supérieur droit, une paralysie faciale droite, un certain degré d'arriération mentale, des troubles de la parole.

Intervention sur l'anse lenticulaire dans le syndrome de Parkinson : Réflexions sur 59 cas, par MM. G. Guiot et G. Hoffmann.

Les auteurs font un exposé critique des diverses interventions chirurgicales tentées dans cette affection. La plupart laissent des séquelles motrices importantes. Ils ont étudié les voies d'accès de la région de l'anse lenticulaire. Par une technique stéréotactique, par la scissure de Sylvius, ils ont opéré 46 cas avec 22 succès, 21 améliorations, 3 décès. Sur 13 cas de troubles choréo-athétosiques, ils ont obtenu 10 succès. Parmi les complications, on note l'arrêt respiratoire, des hémiparésies, des troubles mentaux, de l'aphasie. Ces troubles se dissipent en deux ou trois semaines. Présentation d'un film montrant les résultats chez un opéré.

Discussion

M. le professeur R. Adams fait remarquer que l'anatomo-pathologie de la maladie de Parkinson n'étant pas connue avec certitude à l'heure actuelle, il n'est pas possible de baser sur elle une physio-pathologie bien établie ni, par conséquent, de préconiser logiquement une méthode donnée de traitement chirurgical, ce qui ne signifie pas que la physio-pathologie ne puisse s'enrichir d'expériences cliniques dans le genre de celles dont il est question. Aux Etats-Unis, les complication opératoires ont été prohibitives. Il semble que les chirurgiens américains hésitent actuellement devant les risques très variables et très malaisés à prévoir, de ces interventions.

Considérations au sujet de l'épilepsie post-émotionnelle. Problèmes médico-légaux, par M. L. Sobel.

Une étude statistique de ce problème doit être très prudente. Sur 1.325 cas d'épilepsie confirmée par le tracé électro-encéphalographique, l'auteur a trouvé 30 malades qui n'avaient jamais présenté de crises avant les troubles émotionnels. Chez 12 sujets, la première crise s'est produite au moment du choc émotionnel ; 4 sujets présentèrent ce symptôme un certain temps après l'émotion, tandis que 14 autres invoquaient des ennuis importants comme cause des crises. Chez 9 des 12 malades de la première série, le tracé électro-encéphalographique présentait les caractères de l'épilepsie temporale, de même que chez 9 des 14 malades de la troisième série.

Une relation paraît établie entre l'émotion et l'épilepsie temporale. L'auteur discute le problème au point de vue médico-légal. Il estime que la relation de cause à effet entre l'émotion et certaines formes d'épilepsie ne peut être rejetée *a priori*.

Intoxication oxycarbonée et électroencéphalographie, par M. G. Noel.

Présentation de tracés montrant, après intoxication classique par le CO, des paroxysmes d'ondes lentes et survoltées.

J. Ley.

74e Assemblée de la Société suisse de neurologie
Session en commun avec l'Association des neurologues anglais

(Interlaken, 12 et 13 juin 1954)

COMMUNICATIONS

Changement du comportement, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence en cas de lésions cérébrales focales et de démence, par M. R.-S. Allison.

Etude de deux groupes de malades.

Premier groupe : lésions cérébrales focales (21 cas dont 11 tumeurs et 10 lésions vasculaires focales).

Deuxième groupe : vingt cas d'atrophie corticale diffuse, de démence simple, pré-sénile ou globale.

Oubli des événements passés, des noms et des dates plus marqué dans le deuxième groupe (une insouciance générale en était peut-être responsable), qui se caractérisait aussi par un plus grand affaiblissement de la pensée abstraite, un défaut de la spontanéité, l'usage très limité des paraphrases, une tendance à ne pas finir les phrases. Changement d'humeur et de conduite observé dans une moitié des cas du premier groupe et dans presque tous les cas du deuxième groupe. L'instabilité émotionnelle était associée à l'insouciance et les réactions catastrophiques à l'anxiété. Dans le premier groupe, la situation et la nature de la lésion contribuaient en partie à l'humeur du patient : une lésion de l'hémisphère non dominant était souvent associée à l'insouciance, une lésion de l'hémisphère dominant à l'anxiété et à la dépression. Les constatations faites dans chaque groupe se recouvrent de plus en plus au fur et à mesure de l'évolution des malades.

Aspect clinique des lésions pariétales chez des sujets ambidextres ou gauchers, par M. Mac Donald Critchley.

Les connaissances sur les conséquences des lésions cérébrales unilatérales chez des sujets ambidextres sont encore très incomplètes et méritent une étude plus poussée qui permettrait d'éclaircir les relations existant entre les hémisphères. Il est cependant déjà possible d'affirmer que chez de tels sujets:

1) l'aphasie peut être consécutive à une affection unilatérale du cerveau mais, quel que soit l'hémisphère touché, on ne sait pas encore à quelle latéralisation l'aphasie est surtout liée ;

2) l'aphasie consécutive à une affection unilatérale non évolutive du cer-

veau est peut-être de plus courte durée chez les sujets ambidextres que chez les malades droitiers ;

3) dans de tels cas, il existe peut-être une dissociation entre la faculté de s'exprimer par la parole et l'écriture, avec une intégrité relativement plus importante de cette dernière faculté.

Il existe des degrés différents parmi les gauchers. La sinistralité n'est pas un simple renversement en miroir des deux hémisphères ; la dominance d'un hémisphère peut être incomplète. De plus, le terme de gaucher mérite d'être précisé. Il en existe plusieurs variétés :

a) gauchers déterminés génétiquement, ou purs, chez lesquels il existe une prédominance nette de tout l'hémi-corps gauche ;

b) gauchers purs, ayant appris à écrire à droite mais utilisant de préférence la main gauche pour toutes les autres activités délicates ;

c) droitiers purs ayant été forcés par une maladie ou un accident d'utiliser surtout la main gauche ;

d) gauchers issus d'une famille de droitiers ou l'inverse ;

e) gauchers de la main et de l'œil, mais droitiers du pied et toutes les variations.

On ne peut encore prévoir avec précision si une lésion de l'hémisphère droit chez un gaucher entraînera une aphasie ou non.

Surdité verbale pure, par M. Purdon Martin.

Cette affection se caractérise par les faits suivants : le malade est incapable de comprendre les paroles qu'il entend, alors qu'il peut lui-même parler, montrant ainsi qu'il a conservé la mémoire des mots et apprécie normalement leur signification symbolique. Il n'y a pas de troubles de la fonction du langage.

Une jeune femme observée récemment pouvait parler mais ne comprenait pas les paroles qu'on lui adressait. Ce trouble s'accompagnait d'une incapacité d'apprécier le ton et le rythme (ce qui n'a été que très rarement constaté) et d'identifier les sons. Elle ne pouvait différencier la musique de la parole, elle ne pouvait pas chanter. Il semble que l'incompréhension de la parole provient, dans ce cas, de l'incapacité d'apprécier les caractéristiques physiques des sons, telle que leur ton, leur qualité, leur rythme et donc de la perte de certains attributs de la fonction d'audition. La surdité verbale peut également survenir quand les troubles sont moins étendus ; c'est en général la qualité des sons qui ne peut être appréciée. Cette malade est décédée à l'âge de 34 ans en état de mal comitial. On découvrit une atrophie bilatérale, mais légèrement asymétrique, du cortex temporal avec quelques formations kystiques, mais il n'y avait aucune atrophie de la substance blanche.

Signe de Babinski. Etude clinique et anatomopathologique, par MM. P.-W. Nathan et M.-C. Smith.

Etude faite sur une cinquantaine de cas, pour la plupart des cancéreux ayant subi des cordotomies pour soulager leurs douleurs. L'auteur établit une relation entre la présence et l'absence du signe de Babinski et

l'extension des lésions, histologiquement contrôlées, de la moelle épinière. De ces observations, il conclut :

a) que la destruction complète du faisceau pyramidal latéral entraîne toujours un signe de Babinski ;

b) que la destruction incomplète du faisceau pyramidal latéral provoque ou ne provoque pas de signe de Babinski, sans que l'on puisse prévoir la réponse ;

c) qu'il existe des cas de signe de Babinski sans lésion histologiquement décelable du faisceau pyramidal latéral.

Contributions électro-physiologiques à la neuro-physiologie,
par MM. M. Monnier, A. Franceschetti et Dieterle.

L'*électro-nystagmographie binoculaire* (Monnier et Hufsmidt, 1951) permet de montrer, lors de nystagmus congénital, qu'il existe une position des yeux dans laquelle le nystagmus atteint un minimum. Cette position oculaire détermine une position compensatrice de la tête, une sorte de torticolis compensateur. Cette méthode permet également de distinguer les nystagmus congénitaux de type concordant (vision binoculaire conservée) et de type discordant (vision binoculaire absente).

L'*électro-oculographie* permet de distinguer entre la paralysie myogène congénitale et la paralysie neurogène acquise.

L'examen du *temps rétino-cortical* (Monnier, 1948, 1952) permet d'apprécier en partie le fonctionnement des voies optiques centrales et la réactivité du centre visuel cortical.

Quelques résultats de l'étude clinique de la narcolepsie,
par MM. H. Heyeck et R. Hess.

Etude clinique et électro-encéphalographique de trente cas de narcolepsie (18 hommes, 12 femmes). L'étude de ces cas ne permet, ni de confirmer la prédominance du sexe masculin si souvent citée par plusieurs auteurs, ni de confirmer une relation clinique entre la narcolepsie et l'épilepsie. Il semble, d'après les enregistrements électro-encéphalographiques, que l'affection n'interfère pas avec les fonctions corticales. Les effets thérapeutiques les plus efficaces furent obtenus par l'amphétamine et l'éphetonine.

Epilepsie-myoclonie chez deux frères,
par MM. J. Baumann, Fr. Martin et G. Fallet

Deux sujets issus d'une famille d'éthyliques. L'affection du premier apparut à l'âge de 14 ans et le rendit complètement invalide. Les décharges disparaissent pendant le sommeil, elles s'accentuent avant une attaque et sont très faibles après ; elles atteignent une intensité maximum lors du réveil et après l'ingestion d'alcool.

Dans le deuxième cas, l'affection commença à l'âge de 22 ans, et ne présente pas les mêmes caractères que chez le frère ; l'apparition fut tardive et l'évolution s'arrêta après six ans. Si le sujet n'a plus de crises actuellement, la qualité de son travail a cependant diminué : de mécanicien il est devenu manœuvre.

Méphenesin dans le traitement symptomatique de l'épilepsie myoclonie progressive, par MM. Réginald Kelly et D. R. Laurence.

Deux cas, l'un d'une jeune fille de 17 ans, complètement invalide pendant trois ans à cause de ses myoclonies. L'infusion intra-veineuse de méphenesin permit d'abolir complètement les myoclonies pendant quarante-cinq minutes. Depuis deux ans, l'affection est contrôlée par un traitement oral de méphenesin, les rechutes survenant immédiatement lors de cessation du traitement.

Le deuxième cas concerne une jeune femme de 29 ans, malade depuis quatre mois seulement. Sans traitement, la malade est rendue complètement invalide par ses myoclonies, lesquelles sont presque entièrement abolies par l'administration orale de Méphenesin.

Chez ces deux malades, les anti-convulsivants traditionnels avaient été sans effet.

Effet sur la circulation de l'animal et de l'homme des liquides de contraste utilisés lors de l'angiographie, par MM. M. Klingler, E. Stricker et W. Hunziger.

Examen, chez le chat, le chien et le rat, de la pression sanguine, lors de l'injection intra-artérielle et intra-veineuse de diodone et d'iodurone : chez le chat et chez le chien, chute tensionnelle ; par contre, chez le rat, la tension artérielle monte considérablement et régulièrement, même si les doses injectées sont faibles ; ces réactions ressemblent fort à celles constatées chez l'homme. La poussée hypertensive n'est pas due à l'hypertonicité des préparations utilisées et apparaît même avec de très faibles doses. Si l'on répète les injections, un spasme progressif des vaisseaux s'installe et simultanément on peut observer un effet toxique sur la musculature cardiaque (ralentissement, blocs passagers, etc.). L'effet de vaso-constriction périphérique, qui est dû à l'action directe des produits de contraste dilués sur les parois artérielles, ne peut être éliminé que par la papavérine, alors que l'hydergine, la régitine ou le pendiomid sont inefficaces. On ne sait quelle est l'action de ces produits de contraste sur les vaisseaux cérébraux, dans lesquels ils pénètrent avec une forte concentration. En conclusion, de ces expériences, nécessité de créer de meilleurs produits de contraste pour les artériographies.

La thrombose veineuse cérébrale. Valeur diagnostique de l'angiographie cérébrale, par M. H. Krayenbuhl.

Sept cas dans lesquels la thrombose veineuse était, chez quatre malades, associée à une condition septique locale considérée comme primaire et, chez trois autres consécutive à une infection puerpérale. La valeur diagnostique de l'angiographie cérébrale est grande, conclut l'auteur, car il était fort difficile, avant l'utilisation de cette méthode, de poser précocement ce diagnostic. C'est la phase veineuse de l'angiographie, et plus particulièrement son absence, qui est de la plus grande importance. Une bonne appréciation des clichés radiologiques ne peut se faire qu'avec des stéréographies.

Angiomes centraux, par M. J. Hamilton-Paterson.

Les angiomes se trouvent en général sur les faces latérales des hémisphères. L'auteur rapporte dix cas d'angiomes (huit hommes, deux femmes) à localisation médiane (thalamus, ganglions de la base, etc.). Premiers symptômes apparus de 2 à 39 ans. Diagnostic posé entre 9 et 56 ans. Symptômes initiaux: hémiparésies progressives (cinq cas) ; hémorragies sous-arachnoïdiennes (quatre cas) ; crises épileptiformes (un cas). Symptomatologie lors du diagnostic : hémiparésie (neuf cas) associée à des troubles sensitifs (cinq cas) ; altération du champ visuel, mouvements involontaires (deux cas) ; signes mésencéphaliques, tels que paralysie verticale du regard (trois cas) ; ptosis et paralysies oculaires externes (quatre cas) ; anomalies pupillaires (trois cas) ; nystagmus (deux cas). Pas de céphalées, fréquentes lors d'angiomes placés sur la surface des hémisphères.

Dans neuf cas sur dix, diagnostic posé par l'angiographie alors que dans huit cas sur dix la radiographie simple ne montra rien de particulier. Décès de deux opérés. Un malade non amélioré par les rayons X. Deux décès par hémorragie intra-cranienne. Les autres malades vivaient encore quatorze mois à six ans et demi après diagnostic posé. En conclusion, penser aux angiomes médians, lors d'hémiplégie progressive chez des enfants ou de jeunes adultes, et lors du diagnostic différentiel des tumeurs thalamiques.

Maladie de Marchiafava-Bignami et sclérose laminaire corticale associée dans deux cas, par MM. M. Jéquier et E. Wildi

L'alcoolisme chronique peut, non seulement provoquer l'encéphalopathie de Wernicke et la pachyméningite hémorragique interne, mais encore causer la dégénérescence centrale du corps calleux ou maladie de Marchiafava-Bignami et la sclérose laminaire corticale (*Morel,* 1939). Le premier cas concerne un homme âgé de 33 ans, fort buveur, dont la symptomatologie, lors de l'hospitalisation, fit poser le diagnostic de tumeur frontale ; dans le deuxième cas, homme de 52 ans, éthylique depuis sa 38e année, qui présentait, depuis un mois avant son hospitalisation, de la dysphasie, de l'ataxie, de l'insomnie, suivies de détérioration mentale progressive.

L'apraxie et le grasping présentés par les deux malades paraissent en relation avec la localisation des lésions. Chez les deux malades, démyélinisation à limite nette, touchant la partie centrale du corps calleux (et dans certaines régions corticales, gliose fibrillaire localisée, très dense, de la troisième couche). Il semble que les lésions histologiques soient précédées par un œdème limité, provoqué par l'acidose locale ou par un trouble de la vascularisation. Ces deux cas montrent, pour la première fois, l'association de deux types distincts de lésions cérébrales.

Agénésie du vermis cérébelleux. Les dysraphies rhombocéphaliques (rhomboschizis), par M. G. de Morsier.

Deux cas d'agénésie du vermis cérébelleux, dont l'un est une agénésie partielle limitée au vermis postérieur, alors que dans l'autre cas cette agénésie est complète. Cette malformation est très rare : 14 cas semblables seulement ont été décrits. Dans cinq, il s'agissait d'une agénésie

complète et dans les neuf autres d'une agénésie partielle. Par sa répercussion sur la formation des parolives bulbaires, l'agénésie du vermis confirme les relations étroites existant entre les deux organes. Les faisceaux spino-cérébelleux existent mais sont réduits de volume. L'agénésie du vermis est causée par une dysraphie médiane rhombo-céphalique ou rhomboschizis. Elle est l'équivalent au niveau du rhombocéphale de la dysraphie médiane télencéphalique ou télencéphalo-schizis, responsable de l'agénésie des commissures calleuses antérieures. L'auteur note que les hypothèses phylogéniques basées sur le paléo- ou le néocerebellum, telles qu'elles ont été avancées par von Monakow et Brun, sont incapables d'expliquer ces malformations. Chez les chiens, l'agénésie du vermis entraîne l'apparition d'un syndrome cérébelleux ; tel n'est pas le cas chez l'homme. La malformation s'accompagne souvent d'hydrocéphalie avec hypertension de la fosse postérieure, qui peut n'apparaître que dans l'âge adulte.

La sclérose subaiguë combinée de la moelle sans anémie pernicieuse, par M. E.-C.-O. Jewesbury.

Dans la sclérose subaiguë combinée de la moelle et l'anémie pernicieuse, les relations entre les modifications du système nerveux et le sang ont souvent intéressé les cliniciens à cause de leurs variations. Bien que les deux affections co-existent habituellement, chacune peut apparaître indépendamment. Ces dernières années, l'examen de la moelle sternale a procuré une nouvelle méthode d'investigation pour affirmer la présence de l'anémie pernicieuse. L'auteur présente des anamnèses de malades chez lesquels les troubles neurologiques apparurent sans anémie pernicieuse dans le sang périphérique ou la moelle sternale. Chez l'un des sujets qui ne furent pas traités dès l'abord par les extraits hépatiques ou la vitamine B12, se développèrent plus tard des modifications caractéristiques de l'anémie pernicieuse dans le sang aussi bien que dans la moelle osseuse. Par ailleurs, l'anémie pernicieuse n'apparut pas chez des sujets présentant des troubles neurologiques typiques, et qui furent traités par la vitamine B12. Dans ces mêmes cas, l'évolution des troubles neurologiques fut arrêtée. La présence de métamyélocytes géants dans une moelle normoblastique peut être une des premières indications du développement de l'anémie pernicieuse. La névropathie chronique périphérique associée à l'achlorhydrie résistante à l'histamine, bien que ne précédant pas toujours la sclérose subaiguë combinée, est toujours suspecte, même sans signes d'anémie dans le sang circulant ou de modifications typiques dans la moelle osseuse. Il faut, dans ces cas, toujours penser à l'avitaminose B12. On pourrait même modifier la nomenclature et ne plus parler de syndrome neuro-anémique mais de différentes formes de l'avitaminose B12.

Paraplégies spastiques tardives consécutives à l'anesthésie spinale, avec étude particulière des modifications vasculaires, par M. J.-G. Greenfield.

La paraplégie spastique peut survenir après un intervalle libre de semaines ou de mois à la suite d'une anesthésie spinale, après ou avant une paraplégie flasque. Si l'arachnoïdite plastique a été considérée comme responsable de ces séquelles et, bien que son importance ne fasse pas de doute,

il semble cependant que les modifications vasculaires soient plus importantes, expliquent mieux les symptômes et la pathogénèse. Au niveau des vaisseaux, on observe une destruction de la lame élastique ou de la musculature ; très rarement thromboses. Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer ces troubles neurologiques : *a*) précipitation de l'anesthésique en milieu alcalin, irritant les racines ; *b*) introduction de corps étrangers, bactéries par exemple, avec l'anesthésique, déchets ou détergents provenant de la seringue ou de l'aiguille ; *c*) phénomène allergique local.

Complications neurologiques des injections de sérum, par M. Henri Miller.

Etude de cent cas de troubles neurologiques consécutifs à des injections de sérum, dont 95 tirés de la littérature. Il s'agit surtout de plexites brachiales (plus de 50 % des cas), de syndromes de Landry, de myélites, de névrites optiques, de méningites et d'encéphalites. Ces troubles neurologiques compliquent, et suivent à deux ou trois jours d'intervalle, une véritable maladie sérique qui manque rarement et qui apparaît cinq à sept jours après l'injection du sérum. L'auteur attire l'attention sur l'absence de relation entre la nature du sérum utilisé et l'apparition de complications neurologiques.

Atrophies cérébelleuses chez les animaux domestiques, par M. R. Fankhauser.

Différentes formes de malformations cérébelleuses peuvent survenir et plusieurs cas familiaux ont été cités. Chez le chat, une forme d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse est d'un intérêt tout particulier. Durant les quinze dernières années, l'auteur a rassemblé seize cas de malformations cérébelleuses chez les animaux domestiques : six veaux, une génisse, six chats et trois chiens, mais dans aucun de ces cas il n'y avait de nette évidence d'affection familiale. L'image clinique se caractérise surtout par une ataxie cérébelleuse marquée. L'hypotonie musculaire n'existait que dans quelques cas. Les fonctions vestibulaires étaient intactes. Différents degrés d'atrophie allant d'une réduction marquée à l'absence complète du cervelet furent constatés. Histologiquement, les processus ne sont pas uniformes mais dans la plupart des cas les faits parlent en faveur de l'importance de processus inflammatoires tels que toxoplamose ou encéphalite, par exemple.

Quelques observations sur de soi-disant communications olfactives du dis-mésencéphale du chat, par M. Sandro Bürgi.

Ces études portent sur le matériel extrêmement riche de la collection du professeur W. R. *Hess*. L'auteur s'est attaché à observer : *a*) la branche de la stria medullaris, de la stria terminalis (Johnston, 1923) ; *b*) le tractus habenulo-tegmentalis (Bicher et Bürgi, 1945) ; *c*) le pédoncule mamillaire.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIX[e] Réunion neurologique internationale

(Paris, 2 juin 1954)

RAPPORTS

Les séquelles neurologiques et psychiques de la méningite tuberculeuse chez l'enfant, par MM. G. Heuyer, M. Feld et H. Danon-Boileau.

Rapport basé sur l'étude de 100 méningitiques guéris, tous porteurs de séquelles. Selon les statistiques, le pourcentage des séquelles neuro-psychiatriques varie de 6 à 20 %.

Les rapporteurs passent en revue les *séquelles cliniques*. Parmi les séquelles neurologiques, l'*hémiplégie* est la plus fréquente. Cette séquelle est envisagée successivement en fonction du contexte morbide pendant la méningite, puis en fonction des autres séquelles associées, principalement des séquelles psychiques. Elle peut être accompagnée d'aphasie, habituellement régressive. Des *séquelles épileptiques* cliniques ont été observées dans dix cas.

Plus importantes que les autres séquelles sensitivo-motrices, sont les *séquelles sensorielles : séquelles visuelles* pouvant rétrocéder, malgré des aspects ophtalmoscopiques péjoratifs d'atrophie papillaire ; *séquelles auditives* étudiées dans leur retentissement intellectuel, affectif et sur le langage ; *séquelles vestibulaires* très fréquentes, mais habituellement discrètes.

Parmi les *séquelles psychiques*, les déficits intellectuels peuvent être gravissimes et irrémédiables lorsque la méningite se produit dans les trois premières années de la vie. Les troubles de l'humeur et du comportement peuvent revêtir les aspects les plus variés, depuis les états psychotiques, rares, jusqu'aux troubles réactionnels, très fréquents, de modalité variable selon l'âge.

Les *séquelles endocriniennes* prennent place à côté des séquelles neuro-psychiatriques, parce qu'elles relèvent de lésions hypothalamiques et sont souvent associées à des troubles du comportement.

Au stade des séquelles, les *examens para-cliniques* mettent en évidence un certain nombre de *lésions résiduelles*. Les radiographies simples du crâne montrent fréquemment des *calcifications intra-craniennes*, dont le siège de prédilection est le confluent cisternal antérieur. La séquelle lésionnelle majeure de la méningite tuberculeuse est l'*hydrocéphalie ventriculaire*.

Les altérations électro-encéphalographiques constatées au stade des séquelles doivent être comparées avec les perturbations observées pendant l'évolution de la méningite. Les enregistrements électro-encéphalographiques sont l'un des facteurs principaux qui permettent d'évaluer le caractère évolutif des séquelles.

Après avoir enregistré, pour les éliminer, les conséquences lointaines possibles du traitement par la streptomycine et l'isoniazide, les rapporteurs présentent une *synthèse anatomo-clinique* des séquelles connues. L'hydrocéphalie ventriculaire et l'atrophie cérébrale diffuse sont à l'origine des déficits intellectuels. Les lésions séquellaires de l'hypothalamus sont à l'origine des syndromes endocriniens, des troubles de l'humeur et du comportement, ainsi que de certaines épilepsies résiduelles. Les foyers de ramollissement par artérite sont responsables des hémiplégies et des épilepsies focalisées. Parmi les autres lésions circonscrites, les rapporteurs rangent les séquelles sensorielles et les lésions spinales.

Les auteurs soulignent la part des inter-actions organo-psychiques, d'une part, des facteurs extra-somatiques, d'autre part. La souffrance, le conditionnement anxieux et l'hospitalisme d'une longue et pénible maladie engendrent des troubles réactionnels qui sont attisés souvent par le retour dans le milieu familial.

Les séquelles post-méningitiques sont rares dans l'ensemble, même chez l'enfant. Elles sont d'autant plus graves, que la méningite frappe l'enfant plus jeune. Au stade des séquelles se trouvent constituées de véritables maladies nouvelles, qui se rangent dans les cadres correspondants des encéphalopathies chroniques évolutives.

Les séquelles neurologiques de la méningite tuberculeuse,
par MM. R. Moreau, G. Boudin et F. Lhermitte.

La possibilité de séquelles neurologiques après guérison d'une méningite tuberculeuse sous l'influence des thérapeutiques antibiotiques actuelles est un fait d'observation courante, et cependant le pourcentage des cas dans lesquels on les observe est relativement réduit et la gêne fonctionnelle qu'ils occasionnent n'est pas toujours importante ; ce fait paraît s'opposer en apparence aux lésions anatomiques massives que l'on peut observer dans le névraxe des sujets morts avant ou au cours du traitement.

Les *séquelles hémiplégiques* paraissent les moins rares, souvent frustes, consistant en une simple exagération unilatérale des réflexes, parfois manifestes, entraînant une gêne fonctionnelle plus ou moins importante, souvent limitées au trouble pyramidal. Troubles du langage et hémianopsie relativement rares. Ces séquelles sont dues, soit à des phénomènes de méningo-encéphalite, soit à des thromboses vasculaires par endartérite tuberculeuse, soit, d'une façon plus exceptionnelle, à des tubercules.

Les *séquelles paraplégiques* sont exceptionnellement la conséquence de lésions cérébrales importantes avec hydrocéphalie et atrophie ; elles traduisent habituellement un processus de leptoméningite fibreuse qui donne un tableau de paraplégie par compression avec hyperalbuminose rachidienne, blocage et arrêt du lipiodol.

Les *séquelles épileptiques* sont rares, épilepsies focales, parfois associées à une hémiplégie, souvent très sensibles au traitement, liées à l'existence de

cicatrices à activité épileptogène, épilepsie chez d'anciens méningitiques, parfois réveil d'une épilepsie ancienne ou séquelle épileptique.

L'atteinte des nerfs craniens, fréquente au cours de la méningite, est exceptionnelle à titre de séquelle. Beaucoup plus importantes sont les *séquelles oculaires* à type d'atrophie optique, avec ou sans atteinte de la fonction visuelle.

Des *syndromes diencéphalo-hypophysaires* sont fréquents et l'obésité est une séquelle courante, obésité du tronc, du visage et de la racine des membres, accompagnée de vergetures, de boulimie, d'aménorrhée, de troubles caractériels, ou parfois de syndrome pubertaire, de diabète insipide, etc.

Des *calcifications intra-craniennes* seraient fréquentes si on les recherche assez tardivement ; elles siègent habituellement aux pourtours de la selle turcique, au niveau des citernes de la base.

Des *perturbations électro-encéphalographiques* persistant à titre de séquelles pourraient se voir dans 30 % des cas, selon MM. Debré et Brissaud, dans les deux premières années qui suivent la guérison de la maladie. Il n'existe pas un parallélisme absolu entre l'existence de séquelles cliniques et ces perturbations électriques.

Séquelles cochléo-vestibulaires de la méningite tuberculeuse, par MM. M. Aubry et P. Pialoux.

Les accidents cochléo-vestibulaires sont, en règle générale, dus à l'action toxique de la streptomycine et de la dihydro-streptomycine et, tout à fait exceptionnellement, à l'action de la méningite tuberculeuse sur la VIII[e] paire. La streptomycine altère plus l'appareil vestibulaire que l'appareil cochléaire ; inversement, la dihydro-streptomycine altère plus l'appareil cochléaire que l'appareil vestibulaire. Seules, les doses fortes et prolongées frappent l'appareil cochléo-vestibulaire. Ces troubles sont particulièrement à redouter lors de la reprise du traitement nécessitée par une rechute de la maladie. La voie d'administration est également importante. Pour les doses normales, la voie intra-musculaire est peu dangereuse. La voie intra-rachidienne est déjà plus nocive. La voie sous-occipitale doit être bannie, car elle est de beaucoup la plus redoutable.

Le siège de la lésion n'est pas encore clairement élucidé. En fait, il semble bien, d'après l'étude des différents travaux, que la streptomycine soit toxique pour tout l'appareil cochléo-vestibulaire. L'atteinte vestibulaire est plus d'ordre déficitaire qu'irritatif. L'atteinte cochléaire est beaucoup plus grave, elle doit donc être décelée le plus précocement possible.

L'évolution des troubles cochléo-vestibulaires, est variable. D'une façon générale, on peut dire que les troubles vestibulaires régressent ou se compensent, que les troubles cochléaires, au contraire, sont irréversibles et souvent augmentent longtemps après la cessation du traitement. Le pronostic est basé avant tout sur l'atteinte cochléaire, beaucoup plus grave au point de vue fonctionnel que l'atteinte vestibulaire. L'âge entre en ligne de compte : si l'atteinte cochléaire frappe un enfant de moins de 6 ans, à la surdité s'ajoute la mutité, ce qui crée une infirmité redoutable pour l'avenir de l'enfant.

Le traitement curatif et même préventif est actuellement illusoire ; les auteurs signalent cependant l'intérêt possible de B-mercaptoéthylamine qui, dans l'expérimentation animale, paraît avoir une action certaine.

COMMUNICATIONS SUR LES SUJETS DES RAPPORTS

A propos de quelques observations de méningite tuberculeuse présentant des séquelles neurologiques et psychiques, par MM. M. Riser, J. Geraud et L. Ribaut (de Toulouse).

Etude des séquelles neuro-psychiatriques de méningites tuberculeuses chez deux groupes de malades traités et guéris.

Un 1er groupe de 40 malades, non traités par les auteurs, est représenté par des adultes et des enfants ayant eu une méningite tuberculeuse et qui ont été examinés de 6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement. Sur 40 sujets : huit cas d'encéphalopathie, trois cas de névrite optique blanche après papillite, deux cas d'épilepsie, trois cas de troubles moteurs graves, douze cas de troubles psychiques ou diencéphaliques avec un syndrome diencéphalique typique.

Un 2e groupe de malades traités initialement par les auteurs, ne comporte que des adultes, au nombre de 33 guéris sur 64 traités. Parmi ces 33 sujets, il n'y a que trois séquelles incontestables importantes par leur caractère d'organicité (environ 10 % des cas guéris). Il s'agit d'une hémiplégie et de deux paraplégies.

Les auteurs discutent l'éventuelle action irritative des injections intrarachidiennes de streptomycine susceptibles de créer un feutrage arachnoïdien et d'être la cause de séquelles résiduelles. Sans pouvoir apporter des conclusions formelles, ils restent pour leur part fidèles aux injections intrarachidiennes en se contentant d'injecter de faibles doses ne dépassant pas 3 cg. et en espaçant dès que possible la fréquence des injections.

Troubles psychiques au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine, par M. J. Ristic (de Belgrade).

Plusieurs cas de troubles psychiques chez des sujets atteints de méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine. L'auteur souligne la relative fréquence des délires oniriques apparaissant en général après quatre à six semaines de traitement, à une période où la maladie n'est plus, ou très peu, fébrile. A la clinique des maladies infectieuses de Belgrade, sur 1.494 sujets atteints de méningite tuberculeuse et âgés de plus de 5 ans, 116 malades (7,7 %) présentèrent des troubles psychiques divers : délires de la période fébrile, agitation psycho-motrice grave, états hallucinatoires et, trois fois seulement, un syndrome de Korsakoff. Des phénomènes encéphalitiques accompagnent le plus souvent les troubles mentaux. L'auteur termine en discutant la pathogénie de ces troubles et fait jouer un rôle à la streptomycine, toxique pour les centres nerveux.

Séquelles psychiques de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par M. P. Pichot (de Paris).

L'auteur insiste sur la rareté des séquelles psychiques de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Lorsque les sujets présentent des troubles psychiques, ceux-ci concordent en général avec des lésions cérébrales importantes et parfois avec des dilatations ventriculaires. Il semble que les traits domi-

nants soient une apathie et un apragmatisme accompagnés d'affaiblissement intellectuel. Ces troubles ne paraissent pas se distinguer de ceux que l'on observe dans les démences organiques.

A propos des séquelles épileptiques des méningites tuberculeuses par MM. J. Roger, A. Roger et A. Green (de Marseille).

L'apparition, au cours de la méningite elle-même, de crises convulsives, de signes d'atteinte focale corticale, d'anomalies irritatives de l'électro-encéphalogramme, doit faire craindre ultérieurement des séquelles épileptiques. Celles-ci, même en pareil cas, paraissent très rares.

Les sujets n'ayant pas présenté de manifestations épileptiques au cours de la méningite ne sont pas pour autant à l'abri d'une épilepsie ultérieure.

Malgré la constance au cours de l'évolution de la méningite, de signes cliniques et électro-encéphalographiques d'atteinte du diencéphale et malgré la fréquence relative des séquelles diencéphaliques (obésité, diabète insipide, etc.), l'épilepsie généralisée Grand Mal ou Petit Mal de type diencéphalique semble assez exceptionnelle.

Obésité et amaurose, séquelles de méningite tuberculeuse ; découverte opératoire d'un tuberculome pré-chiasmatique et intrasellaire, par MM. P. Kissel, J. Arnould et Lepoire (de Nancy).

Observation d'un malade, apparemment guéri de méningite tuberculeuse, qui présentait un triple syndrome, endocrinien, chiasmatique et caractériel. L'intervention chirurgicale permit d'évacuer le contenu caséeux d'un tuberculome chiasmatique et intrasellaire de la grosseur d'une cerise. Un traitement antibiotique, local par drain de polythène et général, fut poursuivi. Un an après, la guérison paraît assurée. L'obésité, les troubles du caractère ont disparu. Seule persiste une importante diminution de l'acuité visuelle.

Quelques observations de séquelles ophtalmologiques des méningites tuberculeuses, par MM. M.-A. Dollfus, J. Fouquet et Mlle Vigier (de Paris).

Les auteurs insistent sur la fréquence des lésions du nerf optique, sous toutes leurs formes, dans la méningite tuberculeuse. Ils apportent seize observations avec trois cas d'hémianopsie latérale homonyme, sept cas de névrite optique ayant laissé des séquelles visuelles graves, enfin six cas dont les vérifications anatomiques ou les constatations opératoires ont permis d'éclairer la pathogénie des névrites optiques au cours de la méningite tuberculeuse. Ces dernières observations prouvent que les atteintes des nerfs optiques constatées au cours et comme séquelles des méningites tuberculeuses sont essentiellement dues à la méningite basilaire et à l'arachnoïdite opto-chiasmatique qui en résultent. Certaines formes avec stase et œdème papillaire aboutissent finalement à une atrophie optique post-stase et sont la conséquence de l'hypertension intra-cranienne par blocage ventriculaire. L'hypothèse de névrites toxiques par streptomycine ne peut plus guère être retenue. En présence d'une atteinte des nerfs optiques, il faut renforcer la thérapeutique, particulièrement par le P.A.S. et l'isoniazide. Du point de vue strictement oculaire, il est rare que les malades bénéficient réellement de l'intervention neuro-chirurgicale. Les auteurs insistent sur le fait que

de nombreux cas de méningite tuberculeuse en apparence de guérison ont une acuité visuelle normale bien que l'examen du fond d'œil montre des papilles décolorées.

Atrophies optiques primitives au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine, par MM. J. Voisin et P. Cornu (de Paris).

A propos d'un cas d'atrophie optique de type primitif au cours d'une méningite tuberculeuse, les auteurs évoquent les différents problèmes posés par cette complication, qui s'observe dans 2 à 5 % des cas. L'atteinte primitive du nerf optique se présente comme une décoloration papillaire qui est un signe d'alarme. Il est impossible de fixer un pronostic visuel en fonction de cette décoloration et parfois, malgré un syndrome fonctionnel grave, on assiste à une récupération visuelle satisfaisante bien que la décoloration de la papille persiste dans environ 2,5 % des cas. Le mécanisme de cette atrophie est très variable: il peut s'agir, soit d'une lésion méningée comprimant les nerfs optiques et nécessitant un dégagement chirurgical, soit d'une atteinte directe du nerf optique relevant d'une névrite vraie par propagation d'une méningite périoptique, ou d'un tubercule d'origine hématogène ou, enfin, d'un trouble vasculaire par ischémie prolongée ou artérite. La streptomycine ne paraît pas toxique pour le nerf optique. On a signalé récemment l'heureux effet d'un traitement complémentaire par la cortisone.

Signes électro-encéphalographiques des séquelles des méningites tuberculeuses, par MM. J. Chaptal, P. Passouant, R. Jean, J. Cadilhac et J. Minvielle (de Montpellier).

Etudiant les signes électro-encéphalographiques des séquelles des méningites tuberculeuses, ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes.

Il existe des anomalies électro-encéphalographiques après guérison d'une méningite tuberculeuse chez l'enfant. Ces anomalies sont fréquentes (73 % des cas) et correspondent en général à des anomalies mineures accompagnées ou non de séquelles cliniques. Des anomalies électriques mineures ou majeures (10 % des cas) sont observées au cours des états encéphalopathiques. Ces anomalies font parfois suite à des perturbations électriques importantes type « tracé de souffrance basale » enregistrées lors de l'évolution de l'encéphalite. Les anomalies électriques mineures ou majeures n'apportent aucune indication sur la possibilité d'une rechute. Il est enfin à signaler que les anomalies majeures deviennent beaucoup plus rares depuis l'utilisation de l'isoniazide et que les faits signalés concernant des méningites traitées par la streptomycine et le P.A.S. correspondent à une période de la méningite tuberculeuse qui peut être considérée comme dépassée.

Séquelles électro-encéphalographiques et radiographiques des méningites tuberculeuses chez des enfants considérés comme guéris depuis plus d'un an, par MM. J. Lefèbre, C. Rey, Mme S. Gerbeaux, Mlles M. Daveau et Perez (de Paris).

Utilisant la classification de R. Debré, H.-E. Brissaud, A. Lerique-Koechlin et S. Balsan, les auteurs constatent un parallélisme étroit entre les séquelles

cliniques et les séquelles électro-encéphalographiques, non seulement quant à leur fréquence, mais encore quant à leur importance. Un petit nombre de tracés très altérés se retrouvent chez des enfants guéris sans aucune séquelle clinique et n'ayant manifesté aucun accident neurologique au cours de l'évolution de leur méningite. La persistance de ces anomalies électro-encéphalographiques ne semble pas grave en elle-même. Les calcifications intracraniennes, les hydrocéphalies, les asymétries craniennes sont observées plus fréquemment à la suite de méningites graves ayant laissé des séquelles cliniques et électro-encéphalographiques.

Pachyméningite avec arachnoïdite dorsale au cours d'une méningite tuberculeuse. Paraplégie grave. Laminectomie. Amélioration, par MM. Noël Peron, Jean Guillaume, J. Renard et A. Husson (de Paris).

Chez une femme de 32 ans enceinte de huit mois, atteinte d'une miliaire pulmonaire et d'une méningite tuberculeuse latente, sous traitement classique : installation progressive d'une compression médullaire dorsale aboutissant en six mois à une paraplégie grave avec tendances à la flexion et troubles sphinctériens.

Après contrôle lipiodolé : intervention chirurgicale qui fait la preuve d'une pachyméningite tuberculeuse avec arachnoïdite sous-jacente. Ouverture large de la dure-mère, sans possibilité de libération totale de la moelle. Amélioration considérable de la paraplégie.

Un cas de méningo-myélo-encéphalite tuberculeuse,
par MM. I. Sukru-Assel et K. Dagyolou (d'Istanboul).

Observation d'un paraplégique âgé de 20 ans. Troubles sensitifs depuis L 1. Anémie légère normochrome et leucocytose (12.700 globules blancs). Sédimentation accélérée. Radiographies rachidiennes normales. Le diagnostic clinique fut celui d'une myélite transverse mais, le malade ayant succombé avec un syndrome bulbaire, la vérification montra un tuberculome de la région dorso-lombaire avec des infiltrations méningitiques autour des racines. Il existait également une infiltration des méninges cérébrales en certains points, s'étendant jusqu'au cortex. On constatait enfin des zones d'endartérite particulièrement dans la région bulbaire, parsemée de foyers nécrotiques.

Leptoméningite fibreuse tuberculeuse, par M. R. Thurel (de Paris).

L'auteur rappelle le rôle capital joué par la leptoméningite fibreuse dans les séquelles de la méningite tuberculeuse, avec ses deux sièges de prédilection : périmédullaire et basilaire. La leptoméningite entraîne, d'une part, compression de la moelle, infiltration des espaces périvasculaires, compression et infiltration interfasciculaires des racines ; d'autre part, cloisonnement de la cavité sous-arachnoïdienne qui provoque l'hydrocéphalie et empêche la diffusion des médicaments injectés localement. Résultats négatifs de la recherche des bacilles de Koch dans le liquide prélevé par ponction lombaire. Il faut mettre tout en œuvre pour éviter l'évolution vers la leptoméningite : intérêt primordial d'un diagnostic précoce ; ne

pas abandonner le diagnostic de méningite tuberculeuse si l'on ne trouve pas de bacilles de Koch ; recourir à la ponction sous-occipitale ; multiplier les voies d'introduction de la streptomycine ; au besoin, injection d'air avant celle de streptomycine pour faciliter une meilleure diffusion du médicament, l'inclinaison du malade alternativement dans un sens ou dans l'autre effectue un brassage qui facilite la diffusion de la streptomycine dans les cavités sous-arachnoïdiennes et ventriculaires.

Paraplégies après méningites tuberculeuses. 4 observations, par MM. A. Grossiord, J.-P. Held et Mme Cathala (de Paris).

Quatre observations de paraplégies survenues au cours ou à la suite de méningite tuberculeuse. Dans une observation, la paraplégie a représenté le début de la maladie alors que, dans les trois autres cas, les troubles paralytiques sont apparus assez tardivement, sept mois, huit mois et deux ans après le début clinique de la méningite. Cliniquement, les quatre cas correspondaient à des syndromes indiscutablement médullaires qui, trois fois sur quatre, étaient de type compressif avec une limite supérieure très nette ou assez nette. Tous les malades présentaient un blocage complet à la ponction lombaire.

Trois de ces malades ont été opérés : dans un cas, on trouva une volumineuse masse sous-durale en D 8 dont l'ablation permit une très importante amélioration. Dans les deux autres cas, on trouva un épaississement considérable de la méninge, réalisant un fourreau étendu sur plusieurs espaces et sans plan de clivage. Au sujet du pronostic, les auteurs notent deux observations très sombres et deux autres très favorables.

Foyer confluent encéphalique de nécrose suppurée tuberculeuse ; vérification bactériologique per-opératoire, par MM. M. David, R. Benda, Ph. Benda et J.-P. Constans (de Paris).

Forme rare de tuberculose cérébrale : l'abcès tuberculeux. La malade, atteinte de tuberculose pulmonaire, ayant présenté au cours du traitement antibiotique des crises bravais-jacksoniennes, les examens complémentaires en milieu neuro-chirurgical font soupçonner l'existence d'un tuberculome. L'intervention permet de découvrir un foyer encéphalitique rolandique renfermant un abcès dans lequel peuvent être cultivés et isolés des bacilles de Koch.

Les auteurs insistent sur le développement de type évolutif tuberculeux en dépit du traitement antibiotique et le rapprochent de l'évolution identique de certaines lésions pulmonaires actuelles.

Sur la tuberculose en foyer, par MM. V. Floris et C. Morocutti (de Rome)

Onze cas de syndromes cérébraux en foyer : hémiplégies, syndromes alternes, syndromes cérébelleux, de caractère évolutif, tout à fait semblables à ceux que l'on observe au cours d'une tumeur cérébrale et qui régressent sous l'action d'une thérapeutique associant streptomycine et acide nicotinique. Dans quelques cas, les examens de contraste montrèrent des déplacements et des déformations ventriculaires ou (à l'angiographie) un déplacement des

artères comme dans les tumeurs. Dans d'autres cas, malgré le grave syndrome en foyer, les examens de contraste étaient négatifs. Il s'agit vraisemblablement de processus infiltrants et granulomateux dans lesquels l'importance de la composante granulomateuse et infiltrante peut varier d'un cas à l'autre ; quelquefois même, l'une d'elles peut constituer à elle seule la lésion. Le diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales est presque toujours un simple diagnostic de probabilité. Les critères fondamentaux se résument en la présence de foyers tuberculeux extra-cérébraux et en particulier pulmonaires, la présence de température, d'une augmentation de la vitesse de sédimentation, de l'intradermoréaction à la tuberculine, et d'une légère hypercytorrachie. Dans tous les cas, cependant, le diagnostic clinique est un diagnostic de probabilité.

Application directe de streptomycine dans la citerne interpédonculaire par le trou ovale, par MM. F. Jelasic, Z. Maretic et J. Radej (de Pula).

Technique d'introduction directe de la streptomycine dans les deux citernes pontique et interpédonculaire à travers le trou ovale. Les auteurs utilisent cette méthode dans les cas où le blocage ne permet pas à la streptomycine introduite par voie rachidienne de pénétrer jusqu'à la région basilaire. Ils ont montré expérimentalement que la toxine du *Latrodectus tredecimgutatus* — champignon vénéneux — augmente considérablement la perméabilité des barrières hémato-rachidiennes et hémato-encéphaliques. Cette toxine est actuellement inutilisable chez l'homme.

Les principes des traitements dia-céphalo-rachidiens appliqués au traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine, par M. G. Boschi (de Modène).

L'auteur rappelle ses recherches bio-hydrauliques sur le liquide céphalo-rachidien. L'introduction de n'importe quelle substance inoffensive dans le liquide céphalo-rachidien permet de lutter contre un grand nombre d'affections nerveuses aussi bien qu'elle influence favorablement certaines affections extra-névraxiques (asthme, arthrites chroniques). L'auteur a appliqué avec succès « les traitements dia-céphalo-rachidiens » au traitement de la méningite tuberculeuse. La streptomycine doit être injectée uniquement par voie intramusculaire aux doses nécessaires. L'introduction de la streptomycine par voie intra-rachidienne est dangereuse ; il faut se contenter d'injecter dans le liquide céphalo-rachidien des substances inoffensives qui renforcent l'action de la streptomycine.

Guérison par encéphalographie gazeuse d'un diabète insipide survenu au décours d'une méningite tuberculeuse, par MM. P. Kissel et G. Arnould (de Nancy).

Chez un homme de 24 ans, un an après le début d'une méningite tuberculeuse, quatre mois après sa guérison clinique apparente, apparition d'un diabète insipide accompagnant une rechute. La cisternographie, montrant le blocage des citernes antérieures, prouvait l'existence au niveau de la base d'un feutrage arachnoïdien. L'encéphalographie gazeuse confirma ce blocage,

révéla une dilatation ventriculaire et mit en évidence des plexus choroïdes calcifiés. Le diabète insipide, bien que sous la dépendance d'une méningite tuberculeuse, réagit à l'encéphalographie gazeuse comme un diabète insipide banal et celle-ci fit descendre la diurèse de 6,500 l. à 1.500 l. Une reprise légère de la polyurie fut jugulée par le traitement antibiotique.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Leuco-encéphalite, type Schilder-Foix, de l'adulte, à début par troubles psychiques d'aspect démentiel. Etude anatomo-clinique, par MM. Y. Poursines, P. Mouren et M. Dongier (de Marseille).

Observation de leuco-encéphalite, type Schilder-Foix, dont le début s'est effectué à 41 ans chez une femme tout à fait normale auparavant. L'évolution a duré deux ans et demi. Dans les deux premières années, il s'agit de troubles psychiques à type de détérioration mentale, importante et progressive, avec dysarthrie. Dans les six derniers mois, troubles moteurs polymorphes où se mêlent des signes pyramidaux, des troubles cérébelleux, des manifestations extra-pyramidales, sans mouvements anormaux ; finalement, état grabataire. Liquide céphalo-rachidien normal.

A l'examen anatomique, larges zones démyélinisées de sclérose gliale occupant les deux hémisphères (centro-lobaires). Histologiquement, gliose avec astrocytose ; cavitation de certaines plaques par liquéfaction ou nécrose de la trame.

Illusion de membre supérieur gauche supplémentaire au cours d'un hématome pariétal droit, par MM. Y. Poursines, J. Alliez, J. Roger et J. Bonnal (de Marseille).

Sujet de 47 ans, hypertendu, présentant une hémiplégie gauche ayant débuté par ictus sans coma. Dès le premier examen, on découvre un syndrome subjectif particulier intéressant le côté gauche du corps (et particulièrement le membre supérieur) : d'une part, impression de perte du membre dont la position n'est pas perçue, d'autre part, impression d'un troisième bras que le malade croit pouvoir mobiliser à sa guise.

Les signes de compression cérébrale s'affirmant, une intervention est décidée qui permet de vider un hématome intra-cérébral droit de 80 cm^3, siégeant en profondeur de la partie moyenne de F. A. et de P. A.

L'illusion de troisième membre disparaît quelques jours plus tard. Revu six mois après, le malade conserve quelques troubles du schéma corporel : certitude perceptive (erronée) de la liberté de mouvements de son membre paralysé, se superposant à la conviction (raisonnée) de l'existence d'une paralysie quasi-totale du membre supérieur gauche.

Considérations étiologiques, documents anatomiques et remarques thérapeutiques concernant les phlébites cérébrales, par MM. P.-F. Girard et M. Devic (de Lyon).

Les auteurs exposent leur expérience des lésions veineuses cérébrales. *Etiologiquement,* à côté des causes classiques de phlébites cérébrales (otite,

rhino-pharyngite, sinusite), les auteurs insistent sur l'éventualité assez fréquente d'une affection dentaire. Ils rappellent la possibilité d'une phlébite cérébrale palustre, le rôle des lésions veineuses dans les mycoses cérébrales et dans les méningites infectieuses. Ils soulignent la fréquence des phlébites cérébrales dans les cardiopathies congénitales cyanosantes. Le foyer infectieux peut se trouver à distance et l'on doit alors incriminer une embolie veineuse, comme c'est le cas dans les accidents cérébraux au cours des phlébites pelviennes.

Anatomiquement, les auteurs étudient la thrombose veineuse elle-même et les lésions cérébro-méningées qui sont représentées par les altérations structurales des veines et des capillaires, par la transsudation œdémateuse et les foyers hémorragiques. Les lésions veineuses des méningites purulentes constituent un chapitre nouveau et particulier de la pathologie veineuse cérébrale. Les lésions anatomiques sont susceptibles de guérir complètement, mais peuvent aussi entraîner d'importantes lésions destructives et cicatricielles.

Cliniquement, si le foyer infectieux passe inaperçu, il n'est pas toujours facile, sous le masque d'une encéphalite aiguë, d'affirmer la phlébite cérébrale. Cependant, *au point de vue thérapeutique,* ce diagnostic est primordial, car les phlébites cérébrales offrent, par le traitement anticoagulant, des possibilités thérapeutiques qui manquent dans les autres syndromes encéphalitiques.

Réactions motrices à la flexion de la tête, par M. V. Savic (de Belgrade).

L'auteur attire l'attention sur certaines réactions motrices apparaissant à la flexion de la tête chez de nombreux malades neurologiques. Dans les cas avec tumeurs de la fosse postérieure, on observe lors de l'épreuve de la flexion de la tête une élévation automatique des extrémités inférieures au delà de la ligne bimamillaire. Chez les malades présentant des tumeurs ponto-cérébelleuses ou des tumeurs de la région occipito-temporale, on obtient par flexion de la tête une élévation des extrémités inférieures jusqu'à la ligne bimamillaire. Les processus disséminés donnent, en général, une réaction d'élévation des extrémités avec genoux en extension. Lorsqu'il y a une lésion légère de la voie pyramidale dans la région sous-corticale ou plus bas avec absence de signes pyramidaux, on obtient en faisant l'épreuve de la flexion de la tête le signe de Babinski, alors que ces cas s'accompagnent en général d'une flexion de l'orteil.

Etude expérimentale de l'action de certains dérivés de la phénothiazine sur la contracture pyramidale, par MM. J. Sigwald et Cl. Leroy (de Paris).

Expérimentant certains dérivés de la phénothiazine, les auteurs ont essayé, parmi de nombreux autres produits, le chlorhydrate de [chloro-3 (diéthylamino-3' propyl)-10] phénothiazine ou 4909 R.P. et ont étudié surtout son action sur la contracture pyramidale. La recherche des propriétés « antipyramidales » de ces dérivés de la phénothiazine a été faite chez six malades : trois paraplégiques et trois hémiplégiques. Seule la voie veineuse a été employée de manière à obtenir un effet rapidement contrôlable. Le

tonus s'est montré constamment influencé, la contracture a diminué et a même disparu, en même temps que s'estompait l'exagération des réflexes et que l'on voyait s'atténuer et parfois disparaître le clonus. Aucune modification du signe de Babinski ou du signe de Rossolimo ; pas de modification de la force musculaire du côté sain après injection de 4909 R.P., alors que la diminution de force du côté malade était de 50 à 75 %. Les auteurs discutent le mode d'action certainement complexe du 4909 R.P. Des recherches ultérieures préciseront si les dérivés de la phénothiazine, et particulièrement le 4909 R.P., possèdent une action thérapeutique sur la contracture pyramidale.

Evolution post-opératoire d'un cas de sténose de l'aqueduc de Sylvius. Rapport avec des traumatismes craniens, par M. Bueno Ituarte (de Saint-Sébastien).

Observation d'un garçon de 16 ans ayant présenté, deux ans après un traumatisme cranio-facial, un syndrome d'hypertension intra-cranienne avec des signes neurologiques évoquant un processus expansif de la fosse postérieure. A l'intervention, sténose de l'aqueduc de Sylvius sans tumeur. Ouverture de la lame sus-optique. Amélioration transitoire et réapparition des signes d'hypertension qui nécessitent une deuxième exploration avec cathétérisme de l'aqueduc. Reprise évolutive après un second traumatisme cranien. Une exploration gazeuse fractionnée montra une sténose incomplète de l'aqueduc avec hydrocéphalie. L'auteur pense que la cause la plus vraisemblable de cette sténose est un gliome sous-épendymaire (un frère aîné a été opéré, à l'âge de 3 mois, d'un gliome du nerf optique droit) et discute le rôle des traumatismes comme facteur de décompensation de l'hydrocéphalie.

Quatrième Congrès International de Thérapeutique

(Rome, 23-25 septembre 1954)

Présidence : MM. les professeurs **Giovanni Di GUGLIELMO** (de Rome), **Maurice LOEPER** (de Paris), **et Pietro Di MATTEI** (de Rome).

Parmi les nombreux rapports présentés, seuls les suivants intéressent la pathologie nerveuse et mentale. Des rapports consacrés au premier sujet, « *Thérapeutique de l'œdème aigu du poumon* », citons

Quelques facteurs chimiques et nerveux de l'œdème aigu du poumon, par le professeur Léon Binet et M. J.-L. Parrot (de Paris).

Les auteurs montrent l'importance des éléments neuro-végétatifs et hormonaux dans la pathogénie du syndrome, rappellent l'action favorisante de

l'hypoglycémie et proposent un triple but au traitement : s'opposer à l'activation enzymatique, aux effets locaux, ainsi qu'aux effets généraux des substances libérées par le poumon.

La recherche pharmacologique dans l'œdème pulmonaire aigu expérimental, par le professeur P. Di Mattei et M. A. Paolini.

Les auteurs soulignent la complexité des mécanismes en jeu.

*
**

La deuxième question, « *Les ganglioplégiques et la préanesthésie* », fut étudiée dans cinq rapports.

Bases physiologiques de la médication préanesthésique, par les professeurs Fernand et Jacques Mercier (de Marseille).

Etude complète, nuancée, servant de base aux indications des diverses méthodes.

Classification et signification des associations pharmacologiques dans le domaine de l'anesthésie générale, par le professeur Léonardo Donatelli (de Naples).

L'auteur propose des classifications basées sur différents critères.

Les applications actuelles de la prémédication en chirurgie, par MM. H. Laborit et P. Huguenard (de Paris).

Les auteurs montrent la complexité d'une méthode « en période de mue » et donnent des indications susceptibles d'application pour la conduite des cures de sommeil.

La pharmacologie des dérivés de la phénothiazine utilisés en préanesthésie, par M. J.-J. Reuse (de Bruxelles).

L'auteur compare les propriétés respectives des produits voisins de la chlorpromazine aux si nombreuses indications.

Les ganglioplégiques en préanesthésie, par le professeur Ed. Frommel et ses collaborateurs (de Genève).

Etude expérimentale détaillée de deux ganglioplégiques classiques (hexaméthonium et pendiomide) et d'un produit nouveau, le S. 108.

*
**

Les autres rapports avaient pour objet d'étudier « *Les agents thérapeutiques stimulant par voie directe ou indirecte, la fonction cortico-surrénale* ».

Histophysiologie de la cortico-surrénale et de la préhypophyse (hormone corticotrope), par le professeur Gregorio Marañon et M. J.-L. Arteta (de Madrid).

Les auteurs critiquent certaines conceptions classiques ou contemporaines. Pour l'hypophyse antérieure, il y a souvent défaut de relations entre syndromes cliniques et lésions anatomiques. Ces dernières ne sont pas spécifiques et il est vain de chercher à rattacher les signes observés à l'atteinte de cellules déterminées. Le rôle de l'hypothalamus doit être envisagé avec prudence. Pour la cortico-surrénale, il ne faut pas attribuer des fonctions différentes à chacune des couches cellulaires. Il n'y a pas ici non plus de spécificité physiologique. Dans les rapports entre hypophyse et cortex surrénal, le rôle de direction appartient, non seulement à la glande pituitaire, mais à l'ensemble du système nerveux.

Stress et hormones d'adaptation, par le professeur Hans Selye (de Montréal).

Sous ce titre, l'auteur expose de nouveau sa conception maintenant classique bien que discutée.

Le soufre et la surrénale, par le professeur Maurice Loeper, M. Jacques et M^lle^ Jacqueline Loeper.

Rappel du tropisme surrénal du soufre, de son action excitante sur la formation des corticoïdes et de l'acide ascorbique, avec participation hypophysaire probable.

La corticostimuline, par le professeur F. Coste et M. F. Delbarre (de Paris).

L'action de l'A.C.T H. et de la cortisone sur le métabolisme intime et les échanges du tissu conjonctif, par M. Pierre Ducommun (de Genève).

Les hypercorticoïdémies d'origine salicylée et leur signification thérapeutique, par le professeur J. Roskam et M. H. Van Cauwenberge (de Liége).

V.-J. Durand.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Neuro-psychiatrie infantile, par E. Lesné et H. Baruk. (1 brochure 26×19, 124 pages. Extrait du traité de *Pathologie infantile*, 2e édition G. Doin et Cie, Masson et Cie édit., Paris 1954).

Rappelant l'association étroite de la neurologie et de la psychiatrie, plus manifeste encore lorsqu'il s'agit de l'enfance, l'importance des conditions sociales et morales du développement de la personnalité, l'impossibilité d'isoler la psychiatrie de l'enfance de la pédiatrie, les auteurs indiquent tout d'abord l'esprit essentiellement synthétique de leur conception de la neuro-psychiatrie de l'enfance.

Après avoir suivi les étapes du développement nerveux et mental dans la première enfance, dans la seconde enfance et à la puberté, MM. E. Lesné et H. Baruk envisagent les problèmes spéciaux posés par les progrès du développement, la personnalité du nourrisson et du jeune enfant, la schizophrénie de l'enfant, les conditions familiales défavorables, l'apparition du mouvement volontaire, la pensée et la psychologie de l'enfant, la méthode des tests et en particulier le test Tsédek de H. Baruk.

Abordant ensuite la sémiologie des affections nerveuses et mentales chez l'enfant, les auteurs étudient successivement les troubles du développement morphologique, les troubles du développement neurologique et les troubles des diverses fonctions motrices, sensorielles, sensitives, etc., les troubles du développement psychique. Après l'exposé des troubles morphologiques et, en particulier, de l'hydrocéphalie, MM. E. Lesné et H. Baruk décrivent, parmi les troubles neurologiques, les troubles moteurs d'aspect très complexe observés dans l'enfance (troubles spasmo-paralytiques ; mouvements anormaux, convulsions et crises nerveuses ; troubles sphinctériens, énurésie nocturne ; troubles neuro-végétatifs).

Plus encore que pour les troubles neurologiques, la notion des stades de développement domine toute la pathologie psychiatrique. Aussi, sont tout d'abord décrites les insuffisances globales du développement psychique, idiotie sous ses diverses formes, imbécillité, débilité mentale et ses divers

aspects, avec mention spéciale des nouvelles thérapeutiques des états d'arriération mentale et des oligophrénies (diélectrolyse de calcium trans-cérébro-médullaire de Bourguignon, acide glutamique, extrait de lobe antérieur d'hypophyse, interventions chirurgicales, psychothérapie affective, réadaptation, rééducation, etc.). Un important chapitre spécial est consacré aux insuffisances partielles de développement psychique : troubles électifs du sens ou du contrôle moral, mythomanie, troubles de l'imagination, vols des enfants, fugues et vagabondage, troubles du caractère (instabilité, impulsivité et épileptoïdie, schizoïdie, caractère paranoïaque et tendances agressives, paresse), délinquance et criminalité des enfants, problèmes posés par l'enfance abandonnée et en danger moral. Indications sont données pour le traitement des états d'insuffisance du développement psychique et pour le traitement des troubles du caractère, l'éducation du caractère. L'exposé des troubles du développement du langage (langage proprement dit et prononciation du langage), complète cette étude des insuffisances. Mais, ajoutent MM. E. Lesné et H. Baruk, des régressions peuvent également se produire au cours du développement, aboutissant à de l'affaiblissement psychique d'origine organique ou même, particulièrement au moment de la puberté, aux formes variées de schizophrénie et de démence précoce dont les auteurs résument l'évolution, le diagnostic et le traitement. L'exposé des troubles de la régulation psychique (cyclothymie, psychose périodique) et des névroses de l'enfant (psychasthénie, hystérie), de l'anorexie mentale, de l'onanisme, des migraines et céphalées, de l'asthénie des adolescents et du surmenage scolaire termine cette étude séméiologique.

Parmi les causes très complexes et souvent associées des troubles nerveux et mentaux de l'enfant, les unes exercent une action immédiate, d'autres une action à retardement. De leurs recherches, les auteurs concluent que, non seulement des épilepsies, mais aussi diverses psychoses, en particulier certaines formes de démence précoce, ont leur origine dans une atteinte cérébrale de la première enfance. Les classant par ordre chronologique, ils étudient successivement les maladies héréditaires et familiales, les traumatismes obstétricaux, les encéphalopathies chroniques de l'enfance, les encéphalites aiguës secondaires survenant au cours de maladies infectieuses (encéphalite vaccinale, encéphalites de la rougeole, de la varicelle, de la variole, de la coqueluche, encéphalites ourliennes), encéphalites d'étiologie indéterminée revêtant parfois des aspects très particuliers (épendymites avec hydrocéphalie et méningite séreuse, encéphalites localisées, en particulier l'encéphalite localisée à la région infundibulo-tubérienne, arachnoïdites, encéphalites pseudo-tumorales à forme cataleptique), l'encéphalite léthargique, les troubles dus à la syphilis congénitale, les encéphalopathies toxoplasmiques, les encéphalopathies de l'ictère nucléaire par iso-immunisation anti-rhésus, les tumeurs cérébrales moins rares chez l'enfant qu'on ne le croit souvent, les ramollissements cérébraux et les cicatrices cérébrales, les abcès du cerveau, les troubles endocriniens et hormonaux.

Partie intégrante d'un important traité de pédiatrie, cet excellent exposé, méthodiquement classé, illustré de vingt figures, des symptômes, des causes, du traitement des troubles nerveux et mentaux de l'enfance, et qui, selon une tradition déjà ancienne, fait suite à de nombreux travaux français consacrés à la psychiatrie de l'enfance, rendra les plus grands services à tous ceux, pédiatres, neurologues, psychiatres, omnipraticiens, hygiénistes, dont la santé physique et psychique des enfants est le souci dominant.

René Charpentier.

PSYCHIATRIE

La méconnaissance de soi, par Paul Voivenel (1 vol. 274 pages, éditions Raoul Lion, Toulouse, 1954).

Dans un nouveau tome de la série « Mes conférences », et qui est le vingt-septième volume publié par lui, notre collègue Paul Voivenel a réuni sous ce titre, un certain nombre de conférences, d'allocutions, d'articles publiés dans des revues littéraires. Dans le style parlé, évocateur, vivant, qui est le sien, en des pages où fourmillent et se bousculent les idées, les aphorismes, les anecdotes et les citations, témoignages de la culture, de l'érudition mais aussi des réflexions et de l'expérience médico-psychologique de l'auteur, M. Paul Voivenel traite tout d'abord du mythe d'Isis, de l'antinomie entre l'instinct de vie et l'instinct de connaissance, des divers aspects du Moi, de son évolution et de la formation de la personnalité, des méfaits de la méconnaissance de soi.

Sous le titre « L'équation de Campagnou », suit une brillante allocution prononcée en 1952 au dîner du Vieux-Montmartre et dans laquelle, après avoir apporté à des paroles aussi injustes qu'imprudentes la réponse des « provinciaux », l'auteur résume ainsi les quatre termes de son « équation » : « ma province, mon village, mon métier, mon violon d'Ingres ». Il y amorce le sujet de la conférence suivante consacrée à « La Seigneurie de soi-même » et dans laquelle évoquant « la leçon de la prairie », il exprime ce qu'il doit à son village. La Seigneurie de soi-même, c'est la maîtrise de ses nerfs, la domination de l'homme social sur l'homme individuel, de l'altruisme sur l'égoïsme. Le créateur de toutes les vertus, c'est le courage. Après en avoir rappelé des exemples historiques, M. Paul Voivenel, « en relisant Montaigne », lecture familière à tant de médecins et si pleine de leçons, illustre la connaissance de soi des passages où Montaigne se décrit, s'analyse, « se peint », avec tant de détails et de liberté, de tolérance aussi pour les faiblesses d'autrui.

Les pages suivantes sont consacrées à caractériser et à différencier le « snobisme » du « dandysme », le snobisme étant défini par M. Jules Marsan comme « un dandysme de confection ». Donnant des exemples du dandysme à différentes époques et en différents lieux, M. Paul Voivenel met en évidence le narcissisme des dandys et le peu de place tenu dans leur vie par les femmes.

Analysant ensuite en médecin l'œuvre de Stendhal et sa vie, l'influence de la constitution et des tares pathologiques d'Henri Beyle sur son comportement, sur ses succès, sur ses échecs, il conclut que Stendhal « est le type du paranoïaque constitutionnel », que ce fut aussi « un obsédé de l'amour ». Ce qui conduit l'auteur à l'étude de ce type appartenant à la fois à la légende et à la réalité qu'est Don Juan. Soulignant la transformation, au gré des époques et au gré des auteurs, du mythe don-juanesque, M. Paul Voivenel montre, aujourd'hui dépouillé de son tragique, ce libertin passant à côté de l'amour.

« Le cynisme des délicats ou les fausses apparences », tel est le titre de la dernière conférence de ce volume, où des exemples confirment que l' « on paraît souvent à l'opposé de ce qu'on est », que notre personnalité « n'est pas statique », que les actes des hommes peuvent être en opposition avec leur vie intérieure, que des circonstances imprévues et subites peuvent faire

surgir le Moi réel sous le Moi apparent. Les défauts, qui sont des réactions de défense, contribuent à la projection extérieure de ces fausses apparences. Réactions de défense qui, comme la fuite dans le rêve, l'ironie, la révolte, traduisent l'angoisse humaine. Quotidien est le combat de l'équilibre, et c'est dans un équilibre jamais statique, d'un dynamisme toujours en éveil, que se conquiert la liberté.

Car, aimant à confronter son expérience et ses réflexions avec celles des autres, ce « bourru bienveillant » qu'est Campagnou se plaît autant dans sa « prairie » de l'Ariège que dans sa librairie, sous les traits de M. Paul Voivenel. Et il aime la vie, la vie sous toutes ses formes comme ne permet pas d'en douter sa belle, optimiste, spontanée et réconfortante devise : « Ad vitæ Gloriam ! ».

Livre qui est une suite de conversations si nourries, si riches, si diverses que les lignes ci-dessus ne peuvent en être qu'un très infidèle reflet, un témoignage bien incomplet.

René Charpentier.

Problèmes actuels des psychoses schizophréniques. (Problemas actuales de las psicosis esquizofrenicas), par Manuel Caballeiro Goas (d'Orense), (1 volume 340 pages, éditorial Paz Montalvo, Madrid, 1954).

Dans son ouvrage, l'auteur reprend les points essentiels de l'étude des schizophrénies et en fait un exposé critique. Au cours de la première partie « problèmes généraux », il envisage d'abord les limites des schizophrénies, se basant sur l'historique des principales conceptions, puis aborde le problème de l'unité nosologique ou des formes de réactions rappelant les travaux de Hoche, de Carl Schneider, de Jackson, de Ey, puis exposant ses vues personnelles. Ensuite, sont décrites, dans la deuxième partie « problèmes étiopathogéniques », les théories étiopathogéniques, l'auteur lui-même se montrant organiciste, assez dynamiste, reconnaissant l'importance des facteurs endocriniens ; puis successivement sont exposés les recherches métaboliques, le problème de la constitution, la catatonie expérimentale et les schizophrénies catatoniques, les données histopathologiques. Sous le titre de « problèmes psychopathologiques », la troisième partie considère d'abord la question discutée des symptômes primaires et des troubles schizophréniques fondamentaux. L'auteur y range les perceptions délirantes, la sonorisation de la pensée, les commentaires des actes, la sensation d'influence corporelle, le vol de la pensée, les sentiments d'influence. Les hallucinations chez les schizophrènes sont ensuite étudiées ainsi que les idées délirantes de ces malades : idées incompréhensibles, mal systématisées, incohérentes. Certains « problèmes cliniques » font l'objet de la quatrième partie : 1) schizophrénies simples ; 2) problème des états finaux schizophréniques, l'auteur adoptant une classification voisine de celle de Leonhard ; 3) syndromes schizophrénoïdes : question discutée des schizophrénies symptomatiques et des schizophrénies réactionnelles ou syndromes schizophrénoïdes psychogènes ; 4) schizophrénies paranoïdes (importante étude critique des conceptions de Kleist) ; 5) formes mixtes ; 6) schizophrénie et analyse existentielle avec description d'un cas ; 7) difficile pronostic dont tous les éléments sont rappelés. Enfin, la cinquième partie est consacrée aux « problèmes thérapeutiques » : traitements de choc, psychothérapie, ergothérapie, psychochirurgie. Des statistiques nombreuses sont reproduites. Chaque chapitre se termine par une bibliographie assez importante.

V.-J. Durand.

PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE

L'utilisation des aptitudes. Orientation et sélection professionnelle par Henri Piéron, Maurice Reuchlin, R. Bize, Colette Bénassy-Chauffard, S. Pacaud, P. Rennes. *Livre troisième* du **Traité de psychologie appliquée**, publié sous la direction de Henri Piéron, professeur au Collège de France. (1 vol., in-8°, 400 pages, Presses universitaires de France, Paris 1954).

Le troisième volume du « Traité de psychologie appliquée », dont le premier volume fut consacré par M. Henri Piéron à la présentation des problèmes de la « psychologie différentielle » (1) et le deuxième volume à la « méthodologie psychotechnique » (2), traite de l'*utilisation des aptitudes.*

La première partie est consacrée à l'*orientation professionnelle,* dont le *professeur Henri Piéron* expose tout d'abord les problèmes généraux : but et bases, correspondance des besoins professionnels et des ressources humaines, détermination des aptitudes professionnelles, vocation et goûts professionnels, aptitudes affectives, goût et réussite, marge de développement des capacités, validité des pronostics et réussite professionnelle, importance de l'âge, orientation scolaire et professionnelle, nécessité d'une vue clinique d'ensemble pour l'établissement de pronostics de probabilité et rôle du conseiller d'orientation. « La tâche de l'orientation professionnelle est d'assurer la correspondance optima des adolescents avec les tâches qui incombent à la collectivité, au moment où se fait l'intégration sociale de la génération montante. »

Exposant les différents aspects du problème théorique de la connaissance des aptitudes et les techniques ayant pour objet cette connaissance (tests, analyse factorielle), *M. Maurice Reuchlin* évoque les dépassements que préparent les méthodes psychométriques en fournissant un langage descriptif symbolique. Il recherche ensuite lesquelles de ces techniques semblent permettre pratiquement les pronostics les plus sûrs tout en exprimant le regret que toutes ces estimations de validité n'utilisent que des critères scolaires sans considérer la réussite professionnelle ultérieure.

Le Dr R. Bize examine ensuite l'importance de la connaissance approfondie des métiers et des postes de travail. Après avoir rappelé la définition des termes relatifs à la compréhension des métiers et des postes de travail, la nomenclature des gestes professionnels, les méthodes d'études des métiers et des postes de travail, posé aussi le problème des exigences professionnelles, M. R. Bize procède à l'analyse du métier (définition du métier, description et nature du travail, conditions physiques, éthico-sociales, et risques afférents, conditions d'emploi) et à l'analyse des différentes exigences professionnelles (exigences relatives à l'état civil ; exigences physiques ; connaissances exigées ; exigences sensorielles et motrices ; exigences en matière de langage, d'intelligence, de personnalité), déplorant la relative carence des études factorielles concernant ces importantes questions.

Si la notion même d'adaptation apparaît comme une notion biologique, un « accord » de l'organisme avec le milieu, l'adaptation des individus aux professions pose des problèmes tels que l'existence de comportements non

(1) Voir *Annales médico-psychologiques,* 1949, tome I, pages 509-510.
(2) Voir *Annales médico-psychologiques,* 1952, tome I, pages 266 à 268.

adaptatifs, le problème de l'aptitude à apprendre et le problème du degré d'adaptation. *Mad. Colette Bénassy-Chauffard* passe en revue les critères d'inadaptation (accidents du travail, fatigue, monotonie), les points de vue et méthodes d'adaptation, expose les conditions indispensables pour aider efficacement les adolescents à s'adapter à la vie professionnelle ainsi que les principes qui commandent l'adaptation ou la réadaptation au travail des handicapés. Elle insiste sur le fait que si des méthodes très différentes permettent actuellement une adaptation meilleure de l'homme à son travail, le choix des méthodes doit cependant être fonction du problème à étudier, du milieu professionnel et culturel, du type de travail, des moyens matériels aussi dont on dispose, étude parfois longue et toujours difficile.

La deuxième partie de ce troisième volume, qui traite de la *sélection professionnelle*, débute par un chapitre d'analyse psychologique et psychophysiologique du travail. Après avoir situé le problème, *M. S. Pacaud* analyse les gestes professionnels et montre comment cette analyse suscite l'expérimentation (test de changement de sens d'activité au cours des tâches complexes) et utilise les notions acquises par l'auto-observation et par l'introspection au cours de l'apprentissage du métier. L'analyse psychologique et l'étude statistique comparative des fautes professionnelles peut conduire le psychologue à provoquer une organisation plus rationnelle des opérations. Des nombreux exemples cités et des différences constatées, l'auteur conclut, non pas à une multiplication anarchique des analyses des métiers, ni à une « analyse omnibus », mais à la possibilité de recourir au groupement par familles des professions selon la nature et le degré des aptitudes psychologiques qu'elles exigent. L'élaboration d'un outil expérimental donnant des résultats valables résulte de l'observation de quatre conditions déterminées par le souci d'éliminer quatre sortes de facteurs d'erreurs dus aux conditions immédiates d'expérimentation, aux conditions écologiques, à l'organisation même de l'expérience, au caractère et à la modification au cours de l'expérience des attitudes affectives. Aucune sélection ne devant être pratiquée sans l'étude préalable de validité, M. S. Pacaud étudie les facteurs déterminant la validité : choix de la technique statistique en fonction de la situation expérimentale globale, vérification de l'hypothèse initiale, validité du test, validité de la batterie sélective, validité du critère professionnel. Relevant la défaveur qui paraît frapper actuellement la méthode expérimentale des tests, il en rappelle les résultats, citant comme exemple ceux obtenus par les tests d'aptitudes et par les tests psycho-moteurs. Sans jeter l'exclusive sur l'emploi, dans l'investigation psychologique, des procédés autres qu'expérimentaux, M. S. Pacaud souligne n'avoir pas connaissance d'effets d'une telle envergure par d'autres procédés que ceux de la méthode expérimentale.

Cet important volume se termine par un chapitre intitulé « Sélection et classement ». Le classement étant une sélection multiple simultanée, *M. P. Rennes* présente, pour quelques catégories d'activités professionnelles, les résultats des études de validation portant sur les applications des méthodes de sélection simple et de classement. L'adaptation professionnelle est la base de référence, le critère de validation des méthodes de sélection. Après les conditions d'un schéma-type de validation, M. P. Rennes expose les résultats de méthodes de validation sur des apprentis et sur des employés en place, les résultats obtenus pour la classification des professions, le classement des individus, et les applications de la sélection dans différentes

branches de l'industrie, du commerce, de l'administration (administrateurs et cadres supérieurs, employés de bureau, personnels de vente, services de protection, travaux industriels en particulier par les cadres de maîtrise et les ouvriers sur machines). Si, dans les différents secteurs professionnels, ces travaux ont été inégalement avancés, sur le plan des méthodes, un progrès très important a été acquis.

René Charpentier.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

Graphologie et physiologie de l'écriture, par le Dr H. Callewaert. *Préface* du Dr Paul Cossa. (1 vol., 168 pages et xxx planches hors texte, E Nauwelaerts édit., Louvain, 1954).

Ce livre est à la fois une étude analytique de la physiologie de l'écriture et une étude critique des ambitions de la graphologie. Depuis de longues années, l'auteur s'attache à l'étude de l'écriture, de son mécanisme, de ses modes, de sa signification. Ayant déjà exposé en divers volumes les résultats de ses observations et de ses expériences, il s'est donné ici pour but l'étude de la graphologie à la lumière de la physiologie.

En un volume abondamment documenté, très bien édité, illustré de trente planches hors-texte, et dont le premier chapitre est un intéressant résumé de l'histoire des caractères graphiques, après avoir montré les différences souvent inaperçues entre l'écriture au tableau et l'écriture sur papier dont il relate les difficultés, M. H. Callewaert expose tout d'abord l'anatomo-physiologie et le mécanisme de l'écriture rationnelle, décrit les divers modes inscripteurs défectueux. Concluant que le mouvement inscripteur du type combiné et le mouvement cursif de l'avant-bras pivotant autour du coude sont les plus favorables à une écriture aisée, rapide et lisible, il signale les carences et les imperfections de la coordination des mouvements de l'écriture.

La seconde partie du livre débute par l'exposé de la psycho-physiologie comparée du langage et de l'écriture et, en particulier, du rôle dans la parole d'une mimique expressive et de gestes. De ces gestes, les uns sont symboliques, les autres appliqués à des objets (Paul Cossa) et l'influence de ces derniers sur l'écriture se traduit dans les mouvements inscripteurs. Mais les mouvements de l'écriture ne sont pas l'équivalent des gestes expressifs encadrant la parole. Consacrant un chapitre aux « lois de l'écriture » et à la critique des « méthodes d'investigation » des graphologues, l'auteur conclut que la valeur de ces lois et de ces méthodes lui apparaît « presque toujours sujette à caution, souvent nulle ». Depuis l'abandon d'une méthode calligraphique, les mécanismes de l'écriture peuvent dénoter l' « originalité », l'individualité fonctionnelle du scripteur, mais non la personnalité caractérielle du sujet. « Il paraît impossible d'établir les bases d'une « graphologie » scientifique en passant d'indices graphiques de la *constitution* ou du *tempérament*, à l'interprétation caractérielle des écrits. »

En conclusion : « La graphologie n'est pas basée sur des études statistiques sérieuses, ni fondée sur des principes scientifiques ayant une valeur expérimentale. Elle n'est pas habilitée à juger le passé d'un scripteur et

moins encore à augurer de son comportement dans l'avenir. » Conclusion prudente des recherches de l'auteur sur la physiologie graphique, conclusion qui laisse assurément intact le grand intérêt de l'étude des écrits et des dessins et de leurs modifications en rapport avec des lésions du système nerveux ou des troubles psychiques, de l'étude donc de cette graphologie qui est étymologiquement « la connaissance de tout ce qui se rapporte à l'acte d'écrire » et non pas, selon une définition erronée, « l'art de reconnaître le caractère d'une personne d'après l'examen de son écriture ».

Ainsi que l'écrit dans une très intéressante préface le Dr Paul Cossa, le mérite du Dr H. Callewaert est d'avoir su regarder le problème avec des yeux neufs, de s'être patiemment attaché à défricher le terrain négligé par ses prédécesseurs, d'avoir exposé ses recherches avec simplicité et clarté. Aussi est-il opportun de signaler ce livre à l'attention de tous ceux qui, à des titres divers (psychiatres, neurologistes, pédagogues, etc.), s'intéressent à ces questions.

René Charpentier.

SEXOLOGIE

Etude sur l'homosexualité masculine. (Studien zur männlichen homosexualität), par le professeur G.-Th. Kempe (d'Utrecht, Pays-Bas) et le docteur Reinhard Redhardt (de Francfort-sur-le-Mein). (*Beiträge zur sexualforschung*, 5e cahier, 1 volume, 72 pages, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1954).

Le cinquième volume de la série « Beiträge zùr Sexualforschùng », publié sous la direction des professeurs H. Bürger-Prinz et H. Giese, se compose de deux parties. La première, « Les homophiles et la société », par le professeur G. Th. Kempe, étudie d'abord les sentiments de la société à l'égard des homophiles. Ceux-ci, bien que constituant un groupe, ne possèdent pas une culture, une idéologie commune. Formant une minorité, d'ailleurs non homogène, ils sont exposés aux réactions de la majorité. En retour, apparaissent chez eux de nouvelles réactions. A ce sujet, on peut distinguer des homophiles dissimulés et des homophiles non dissimulés. Les rapports entre eux et la société sont très complexes. Certaines conceptions philosophiques contemporaines, en particulier, existentielles, cherchent à les éclairer.

La seconde partie, consacrée à « la prostitution homosexuelle masculine » et due au Dr Redhardt, est basée essentiellement sur une recherche faite à Francfort-sur-le-Mein, chez 45 homosexuels masculins se livrant à la prostitution. Les différents points suivants sont successivement envisagés : lieux de rendez-vous, nombre et origine des sujets, développement scolaire et professionnel, âge (âge moyen : 20 ans 1/2), habitus corporel, attitudes et modes de vie, criminalité, modalités de réalisation des actes antisociaux, rapports mutuels, structure sexuelle. En appendice, sont décrites, de façon détaillée, 19 observations.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Le scopochloralose. Action expérimentale. Applications diagnostiques et thérapeutiques, principalement en neuropsychiatrie, par le D Pierre JOUBERT, médecin des hôpitaux psychiatriques. (1 volume, in-8°, 148 pages, *Thèse* Paris 1950, Imprimerie Salingardes, Villefranche-de-Rouergue, 1954).

Sous la direction du professeur agrégé H. Baruk, dont il fut l'interne dans son service de la Maison nationale de santé, M. Pierre Joubert, s'appuyant sur les recherches expérimentales antérieures de M. H. Baruk et de ses collaborateurs, sur les publications récentes, en particulier celles de MM. J. Delay, H. Baruk, G. et J. Verdeaux et sur des observations inédites, a repris dans cette monographie l'étude du scopochloralose, de ses caractéristiques, de ses indications. Après quelques pages consacrées aux composants du scopochloralose (chloralose et scopolamine), à un bref historique, et à un rappel de l'action de ce produit sur l'animal et sur l'homme, l'auteur en indique le mode d'administration et la posologie. Mettant en garde contre son emploi chez les grands hypertendus, les grands vagotoniques, les enfants, il conseille de ne l'utiliser qu'avec prudence chez les épileptiques, et, dans tous les cas, de ne le prescrire qu'aux doses usuelles. Si des accidents graves sont exceptionnels, des incidents, le plus souvent minimes (troubles légers de l'équilibre, secousses musculaires, excitation légère, propos incohérents passagers), peuvent cependant être parfois observés.

L'administration du scopochloralose peut confirmer ou infirmer le diagnostic d'hystérie. Son action sur les tracés électro-encéphalographiques peut permettre de révéler l'épilepsie latente. A des doses ne provoquant même qu'un sommeil léger, le scopochloralose peut faciliter l'examen de sujets inhibés, inconsciemment ou volontairement réticents. Et l'auteur conclut qu'en médecine légale, dans les cas où se pose l'hypothèse d'épilepsie latente, l'éventualité aussi de manifestations pithiatiques, l'expert pourra légitimement avoir recours à l'épreuve du scopochloralose.

En thérapeutique, c'est la cure des accidents pithiatiques qui en est la principale indication et l'auteur en rapporte des exemples. Mais des améliorations passagères ont pu être observées à la suite de l'administration du scopochloralose dans des états d'excitation ou dans certains états de dépression. Son emploi a également été tenté dans les états catatoniques et schizophréniques, cela sans résultats appréciables, sauf dans des cas exceptionnels où le scopochloralose était associé à la folliculine et à la caféine ou à l'ionisation calcique. Chez certains parkinsoniens, chez certains choréiques, des améliorations inconstantes de l'état psychique et des troubles neurologiques ont été parfois observées. M. Pierre Joubert signale encore les résultats obtenus en thérapeutique cardiologique (tachycardies sinusales, éréthisme cardio-vasculaire) et en chirurgie (pour supprimer l'anxiété pré-anesthésique).

Couronné par l'Académie nationale de médecine, ce travail est une utile mise au point des notions acquises sur un produit initialement utilisé comme moyen d'exploration psychologique, ou comme auxiliaire de la psychothérapie, et dont les indications thérapeutiques, d'ailleurs limitées et inconstantes sauf dans les manifestations pithiatiques, ainsi que le rôle dans le diagnostic de l'épilepsie latente, ont plus récemment attiré l'attention.

René CHARPENTIER.

CRIMINOLOGIE

Principes de criminologie clinique. Principi di criminologia clinica, par le professeur Benigno Di Tullio, directeur de l'Institut d'antropologie criminelle de l'Université de Rome (1 vol., in-8°, 480 pages, édité par l'Instituto di medicina sociale, Roma, 1954).

Ce nouveau traité du maître de l'anthropologie criminelle italienne paraît alors que la criminologie évolue. Du point de vue de l'auteur, ce livre précise une thèse qui, si elle s'est enrichie, modifiée, n'a jamais varié dans sa ligne générale, thèse largement diffusée dans le monde entier. Du point de vue de l'époque, il faut signaler la richesse de la littérature criminologique italienne, marquée par des travaux signés des plus grands noms ; d'autre part, et surtout, par le sentiment que certains grands problèmes criminologiques qu'on pensait résolus ou écartés, ne le sont pas.

M. B. di Tullio a voulu en même temps confronter les documents d'une très grande richesse clinique, base de ses conceptions, et les données apportées par les auteurs d'autres pays. La succession des divers chapitres facilite la recherche des criminologues ou criminalistes, quelle que soit leur formation initiale. L'auteur a même abordé le problème, encore dans l'enfance, de l'application aux délinquants anormaux des méthodes de la psychiatrie, exposant en particulier les conceptions pénitentiaires modernes.

Dans tous ces chapitres, règne la même impression d'unité. Fidélité aux idées fondamentales de l'école italienne, à celles d'Ottolenghi, qui attachait, il y a de cela bien longtemps, une si grande importance à la notion de tendance, à l'hérédité des tendances. Nous ne pouvons que citer quelques points, auxquels demeure attaché le nom de l'auteur de ce traité.

La description de l'hypoévolutivité, notion fondamentale, vérifiée, confirmée surtout pour la récidive, paraît même appuyée par des recherches électro-encéphalographiques, et ceci, alors que M. B. di Tullio, ne semble disposer sur ce point que d'une documentation réduite. L'analgésie tégumentaire ou l'hypoalgésie dans certaines conditions émotives, signalée par Benedickt, étudiée par Lombroso, a été placée par M. B. di Tullio, dans la voie féconde des recherches neuro-physiologiques. Le syndrome de Lombroso-Di Tullio, si souvent rencontré dans le récidivisme surtout agressif, si souvent constaté chez ceux-là même auxquels le terme « stéréotypie dynamique » paraît le mieux s'appliquer, et cela alors que ce signe même évoque un authentique processus d'inhibition, est, grâce à l'auteur, une véritable borne miliaire physiopathologique, donc évocateur d'espoirs thérapeutiques.

Le magistral symptôme de l'épileptoïdie du délinquant (de Lombroso et de ses élèves), M. B. di Tullio n'a cessé de le préciser, le groupant avec le reste du comportement, le phénomène qu'on appelait « imprévoyance des délinquants », et cela depuis longtemps, bien avant l'appui de l'électro-encéphalographie. L'irrégularité de l'idéation, l'incoercibilité psychique, l'étude des particularités du dynamisme préalable au jugement raisonné, les réactions aux émotions, aux suggestions ; les réactions d'agressivité très polymorphes sans doute, mais présentant toujours quelque chose de commun, leur accompagnement vaso-moteur, et parfois même moteur, et authentiquement neurologique, sont encore précisés par rapport aux ouvrages anté-

rieurs. L'anomalie dans la réaction est l'un des éléments de la conception dynamique de l'auteur. L'intégration de l'habitude à la constitution préalable, exclut, parce qu'elle est nécessaire, la fixité inéluctable, le désespoir thérapeutique. Rien dans cette conception, au cours de laquelle M. B. di Tullio a évoqué les opinions philosophiques des auteurs qu'il aime à citer, n'évoque un pronostic destructeur. Citons les nombreuses références aux travaux de Saporito, de Pende et de Buscaino. Il y a changement dans les conditions intérieures, comme dans les conditions extérieures, comme dans les phénomènes internes responsables de l'hypo-évolutivité. M. B. di Tullio admet la délinquance occasionnelle (primaire, accidentelle), en confrontation avec les opinions de Sanctis, Vervaeck, Grispigni, Altavilla. La classification des délinquants constitutionnels (psycho-névropathes, psychopathes, malades mentaux, hypoévolutifs), doit être considérée comme une tentative de confronter les conceptions employées par d'autres auteurs, les termes pouvant ne pas désigner les mêmes troubles d'un pays à l'autre, d'une école à l'autre.

Ce traité n'est naturellement pas un traité du crime dans son ensemble. Le concept bio-psycho-sociologique ne signifie pas l'intention d'étudier tous les crimes en rapport avec l'évolution sociale. Il s'agit de l'étude de comportements délinquants, correspondant de façon assez approchée à ce que réunit la notion pénale de « droit commun », dans des conditions d'époque et de lieu définis. Etude qui est celle d'un médecin des prisons héritier d'une tradition actuellement plus présente que jamais.

M. Bachet.

Destins vitaux dans les expertises psychiatriques. Contributions à la compréhension de l'homme. (Lebensschicksale in psychiatrischen Gutachten. Beiträge zum Verständnis des Menschen), par Hans March (de Berlin), (1 volume, V-352 pages, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1954).

Après quelques considérations critiques sur l'attitude médicale vis-à-vis du malade, montrant l'imprécision du terme de psychopathe, la difficulté d'une bonne définition, le caractère injustifié du jugement de valeur dont on accompagne souvent ce terme, l'auteur rappelle la nécessité d'une compassion sympathique pour le malade si on veut le bien connaître. Décrivant quelques troubles fondamentaux, indiquant les précautions à prendre pour une application judicieuse de la psychologie profonde, il précise l'utilité de l'anamnèse biographique soigneuse dans les expertises psychiatriques. Ensuite sont longuement rapportés, à titre d'exemples, des rapports concernant différents cas médico-légaux : divorce, responsabilité discutée, troubles psychiques apparus au retour en famille après la guerre, malade allant de clinique en clinique, blessure corporelle au cours d'une ivresse pathologique, vol avec effraction, attentat aux mœurs, détournement avec besoin inconscient de punition, vol de manteau, vol de livres, cas d'impuissance, discussions à propos d'une interdiction, problème de la stérilisation eugénique (l'auteur recommande la plus grande prudence), étude d'une aventurière pseudologique, véritable « chevalière d'industrie ». Toutes ces observations sont très précises, s'appuyant sur une description biographique complète et une analyse de tous les documents correspondants (lettres, certificats antérieurs, journaux intimes, etc...).

V.-J. Durand.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Psychopathologie, psychiatrie clinique, psychologie, par E. Minkowski, (*Sud médical et chirurgical*, t. 87, 30 juin 1954, p. 3296-3302).

Dans ces réflexions denses sur les problèmes les plus généraux de notre discipline, l'auteur, loin de limiter ses préoccupations à leur aspect théorique ou simplement médical, enrichit sa méditation de tout ce que lui apporte son sens de l'humain vécu, en dehors des abstractions et des constructions doctrinales systématiques. La psychopathologie cherche à pénétrer les caractères fondamentaux du fait psychopathique ou psychologique, au delà de la clinique et de la psychologie « scientifique ». Elle implique une appréhension concrète et immédiate du drame humain réel, tout en évitant à la fois les généralisations outrancières et les interprétations étroites ou restrictives.

J. Alliez.

A propos des contractures physiopathiques et psychopathiques, par R. Fontaine, A. Dany, J.-N. Muller et L. Singer. (*Bulletin de la Réunion neurochirurgicale de Strasbourg*, séance du 8 mai 1953).

La contracture physiopathique est l'un des éléments de la dystrophie post-traumatique ; aussi, pour affirmer la nature physiopathique d'une contracture, faut-il lui trouver associés les autres éléments du syndrome, en particulier les douleurs, les troubles vaso-moteurs, l'œdème et surtout l'ostéoporose.

Le rôle du système sympathique dans l'apparition du syndrome est démontré par la clinique et par le traitement ; les interventions sympathiques (infiltrations, et dans les cas graves sympathectomies), restent une méthode thérapeutique de premier plan.

Les contractures psychopathiques ou hystériques sont tout à fait différentes ; elles apparaissent sur un terrain psychopathique, représentent une Von Monakow. C'est par un effet à distance d'ébranlement général, ou des nombreuses manifestations de la psychopathie et ne s'accompagnent pas, du moins au début, d'ostéoporose et de troubles vaso-moteurs ; leur traitement est psychiatrique : psychothérapie, cure de sommeil, etc. Les deux tableaux cliniques sont opposés grâce à deux cas cliniques démonstratifs.

L. R.

Les accidents d'aviation considérés en tant que traumatismes psychiques Leurs conséquences sur le comportement de certains navigants, par M. Nicolas. (*Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 14 novembre 1952).

Les équipages d'aéronefs accidentés, même s'ils ont échappé à toute lésion somatique, ont été soumis par l'accident même à un violent ébranlement

psycho-affectif. La plupart des intéressés amortissent ce traumatisme mental sans manifester de troubles immédiats ou tardifs du comportement. Une désorientation temporaire dans le temps et dans l'espace au cours des heures qui suivent le sauvetage n'est toutefois pas exceptionnelle.

Beaucoup plus rares sont les désordres s'installant tardivement, mais ils témoignent alors de perturbations plus sérieuses et plus durables, psychiques ou psycho-somatiques, pouvant compromettre gravement la carrière aéronautique des intéressés.

L. R.

Accoutumance et toxicomanie, par P. O. Wolff (de Genève). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, vol. 8, fasc. 5-6, novembre 1952, p. 485-493).

Pour avoir une définition précise de la toxicomanie, il faut distinguer entre l'état d'accoutumance (ou d'habitude) et la toxicomanie véritable. On peut décrire cette dernière comme « un état d'intoxication périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la société, engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique) ». Les caractéristiques sont : un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter les doses, une dépendance d'ordre psychique et parfois physique à l'égard des effets de la drogue. Il faut mettre à part les substances susceptibles d'engendrer l'accoutumance sans toxicomanie proprement dite.

V.-J. Durand.

Un cas d'intoxication prolongée par la phénylsemicarbazide chez un adulte, par Jacques Decourt, J.-P. Michard, M. Périn, et Mme Piette. (*Bulletin de la Société médicale de hôpitaux de Paris*, séance du 19 juin 1953).

Assez fréquentes chez le jeune enfant, les intoxications par la phénylsemicarbazide semblent exceptionnelles chez l'adulte. Observation d'une véritable toxicomanie chez une femme qui prenait, depuis sept à huit mois, 0,50 à 1 gr. de cryogénine chaque jour : coma profond, avec signes habituels d'anémie hémolytique, associée à des signes manifestes d'insuffisance hépatique et à de nombreuses ulcérations au niveau d'une jambe. Les auteurs discutent le mécanisme du coma, qui ne fait pas partie du tableau habituel de cette intoxication.

Chez une malade amenée à l'hôpital dans le coma, le diagnostic clinique fut suspecté devant l'aspect du liquide céphalo-rachidien qui, apparemment normal au moment de la ponction lombaire, vira rapidement au jaune après exposition à la lumière, propriété qu'ont les solutions de phénylsemicarbazide en milieu alcalin.

L. R.

Histaminémie et anxiété, par J. Hamon, J. Parairé, J. Velluz, J. Damasio et Sauvaget (du Val-de-Grâce). (*La Presse médicale*, 3 décembre 1952).

L'histamine, stockée dans l'organisme sous forme d'un complexe inactif, peut être libérée sous l'influence de stimuli variés, parmi lesquels il faut

compter les facteurs psychiques, en particulier les émotions, les chocs affectifs et l'anxiété.

Des dosages pratiqués dans divers états psychiatriques font ressortir une histaminémie particulièrement élevée dans les cas d'anxiété. L'histaminémie, par contre, est normale dans les états schizophréniques. L'injection sous-cutanée de un à deux mgr. de chlorhydrate d'histamine au sujet normal provoque de légères modifications du tracé électro-encéphalographique qui ne sont pas identiques aux anomalies de l'électro-encéphalogramme décrites chez les anxieux.

Le traitement par le 3534 R.P. chez les malades présentant une histaminémie élevée a donné des résultats encourageants. Les effets secondaires de ce produit ne font pas de l'action thérapeutique un critère pathogénique, et il est impossible de dire si l'hyperhistaminémie n'est que le témoin de perturbations métaboliques ou si elle joue un rôle princeps dans le déterminisme des manifestations cliniques.

L. R.

L'angoisse vitale et son traitement, par J. Lopez Ibor (de Madrid). (*L'encéphale,* 42e année n° 1, 1953, p. 1-21).

Etudiant les modalités de l'anxiété et en particulier ce qu'il appelle la thymopathie anxieuse, l'auteur distingue : la psychose maniaco-dépressive au sens strict, la thymopathie anxieuse, les états de fatigue chronique, les cas de névrose organique ou viscérale. Rappelant les mécanismes d'apparition de l'anxiété, il en envisage la thérapeutique. Si l'électro-choc est employé, il y a intérêt à l'appliquer la nuit quand le malade va dormir. Les injections intraveineuses de chlorure d'acétylcholine jusqu'à la dose maxima de 0 gr. 20 se sont montrées efficaces et bien tolérées. Des essais ont été faits avec le chlorure d'ammonium intraveineux, la picrotoxine, l'acide nicotinique, le dilvasène. Les recherches ultérieures montreront si ces névroses sont réellement dues à des altérations dans les fonctions diencéphaliques.

V.-J. Durand.

Anxiété, angoisse, appréhension prandiales, par G. Aymes. (*Sud médical et chirurgical,* t. 87, 30 juin 1954, p. 3337-3339).

Etude de la composante anxieuse liée à l'absorption d'aliments, dans une série d'affections psychiatriques et neurologiques. L'auteur cite d'abord les hyperorexies anxieuses (faim-valle, certaines acories, sitiomanies périodiques, préoccupations alimentaires impératives de certains opérés âgés), pour décrire plus longuement les sitiophobies des divers états mentaux : négativisme, pithiatisme, psychasthénie, anorexie mentale et surtout états délirants mélancoliques ou non. Il étudie ensuite les anxiétés prandiales liées à une dystonie végétative telle que l'érubescence paroxystique prandiale et digestive de P. Mauriac et celles secondaires à des affections neurologiques intéressant la musculature faciale (myasthénie, syndromes de Marcus-Gunn et de Marin Amat) ou accompagnées d'éphidrose faciale, pour terminer par celles des dysphagies douloureuses, les dysesthésies pharyngées, souvent non symptomatiques, étant les plus importantes en pratique. Le point commun de l'anxiété prandiale est « l'appréhension » entraînée par la satisfaction

de la faim ; sa signification sera celle de son conditionnement psycho-pathologique ou neurologique.

J. Alliez.

L'anorexie mentale. Données récentes sur sa pathogénie, par Paul L.-A. Labbé. (*Acta neurologica et psichiatrica Belgica*, n° 3, mars 1952, p. 164-174).

Les problèmes pathogéniques de l'anorexie mentale sont rappelés en se basant sur les travaux récents. Au premier plan doit être mis l'aspect psycho-somatique du syndrome, bien montré par les données des explorations fonctionnelles biologiques et les résultats des recherches psychologiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur un cas de contagion psychique. (Su un caso di contagio psichico), par Wando Gragnani (de Pistoïe). (*Il cervello*, 29e année, n° 1, 15 janvier 1953, p. 52-59).

Rappelant les travaux antérieurs sur la contagion psychique, l'auteur rapporte l'observation de deux cas de névrose conjugale communiquée. L'élément inducteur, la femme, se montre de tempérament hystéroïde ; des facteurs affectifs puissants sont intervenus. Le sujet induit, le mari, présente du fait d'une baisse visuelle une sensibilité particulière. La névrose éprouvée par les deux malades est de type obsessionnel et phobique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur un cas de gargoylisme chez un homme de 36 ans, par A.-M. Recordier, P. Mouren et G. Jouve. (*Bulletin du comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 19 novembre 1952).

Observation dans laquelle sont réunis les troubles morphologiques, cliniques et radiologiques, le retard psychique, l'infantilisme, décrits dans le gargoylisme, et cela chez un homme de 36 ans, alors que la quasi-totalité des cas décrits jusqu'ici l'ont été chez des nourrissons ou de jeunes enfants. Par début tardif ou moindre gravité, le gargoylisme peut se rencontrer chez l'adulte.

L. R.

Tumeurs cérébrales et troubles mentaux, par J. Alliez. (*Archives de Médecine générale et tropicale*, 21, n° 1, janv.-fév. 1954, p. 17-21).

Exposé didactique destiné aux Journées médicales de la Timone de novembre 1953. L'auteur oppose la fréquence du symptôme psychique au cours de l'évolution des néoplasies cérébrales, en relation avec leur topographie ou l'hypertension intra-cranienne à la rareté des formes mentales proprement dites des tumeurs cérébrales. Ces psychoses symptomatiques sont d'ailleurs souvent d'interprétation difficile. Les moyens modernes d'exploration seront toujours indispensables et fructueux, le trouble mental étant habituellement sans spécificité, en dehors des tumeurs temporales.

L. R.

Manie traumatique. Hémorragie dans un V^e^ ventricule accessoire. Guérison par le 4560 R.P. par Paul Nayrac, Emile Laine, Pierre Graux et Jacques Caron. (*Bulletin de la Société de médecine du Nord*, séance du 26 juin 1953).

Jeune fille de 18 ans qui, à la suite d'une chute de bicyclette, présente un syndrome commotionnel : la radiographie du crâne révèle une fracture de la voûte irradiée à la base. Evolution apparemment favorable, la malade peut rentrer chez elle dix jours plus tard.

Trois semaines après l'accident, accès maniaque aigu avec idées délirantes mystiques. Il existe une discrète hémiparésie gauche et un œdème papillaire au fond d'œil. A la ventriculographie, V^e^ ventricule accessoire (kyste du septum lucidum) distendu. L'intervention permet d'évacuer un caillot hémorragique à l'intérieur de ce V^e^ ventricule, mais ne modifie guère l'agitation maniaque. Guérison après une cure de neuroplégique (4560 R.P.). L'absence d'antécédents psychopathiques personnels ou familiaux, les lésions anatomiques sont en faveur d'une psychose post-traumatique.

L. R.

Etude statistique sur la psychose maniaque dépressive. (Estudo estatistico sobre a psicose maniaco-depressiva), par A. Agnelo Correia (de Pernambouc). (*Neurobiologia Recife*, t. 14, n° 4, décembre 1951, p. 265-278).

A l'hôpital psychiatrique de Pernambouc, la fréquence de la psychose maniaque-dépressive de 1946 à 1950 fut de 7,40 %, avec atteinte plus fréquente du sexe féminin ; le début survient surtout chez la femme entre 31 et 40 ans, chez l'homme entre 21 et 30 ans. Les mulâtres sont particulièrement sensibles, de même les agriculteurs et les ouvriers ; enfin, les malades venant de l'intérieur de l'état sont plus souvent frappés. Tableaux. Graphiques.

V.-J. Durand.

Troubles oto-neuro-ophtalmologiques annonciateurs des phases de dépression chez un cyclothymique, par J.-A. Barré et M^lle^ J. Helle. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Strasbourg*, séance du 13 décembre 1952).

Chez un sujet de 25 ans, observé depuis plus de quatre ans, se développe un état cyclothymique très accusé dont les phases dépressives sont régulièrement annoncées par des troubles vestibulaires, cochléaires et visuels qui précèdent de peu l'état nerveux. Les auteurs décrivent les divers troubles subjectifs et les constatations objectives : abolition des réactions à l'épreuve calorique chaude avec conservation des réactions au froid ; hypoacousie au-dessus de 2048 ; foyer de capillarite autour de la macula avec spasme d'accommodation. Ces troubles ont apparu vers l'âge de 10 ans. Un traumatisme cranien important avait existé à l'âge de 3 ans.

Les auteurs discutent les rôles respectifs possibles de l'hérédité et du traumatisme. Ils insistent sur le fait que des troubles objectifs légitiment les plaintes du sujet ; ils se demandent si des examens du genre de ceux qui ont été pratiqués dans ce cas n'apporteraient pas souvent des éléments de compréhension et des bases thérapeutiques pour ces états cyclo-

thymiques. Ils émettent l'idée qu'il y aura sans doute lieu de dissocier ce type clinique, comme cela est indiqué pour tant d'autres chapitres neurologiques ou psychiatriques.

L. R.

Guérison de la dépression (Recovery from depression), par D. Russel Davis (de Cambridge). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25, nos 2 et 3, 1952 p. 104-113).

L'absence de réponse apparaît être un signe essentiel de la dépression. L'auteur rapproche ce symptôme des états d'extinction expérimentale observés au laboratoire. Considérant les causes externes de dépression, le développement de celle-ci, faisant des comparaisons avec des données expérimentales, il envisage plus particulièrement quatre observations de guérison d'un état dépressif. Le parallélisme entre la clinique et les faits de laboratoire peut être fructueux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur les formes de schizophrénie avec manifestations dépressives. (Sulle forme di schizofrenia con manifestazioni depressive), par Carlo Modonesi (de Gênes). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 5, septembre-octobre 1952, p. 873-894).

Rappelant l'importance des éléments affectifs dans la pathogénie de divers phénomènes morbides et montrant la possibilité de manifestations dépressives variées au cours de la schizophrénie, en particulier, l'auteur décrit trois formes différentes de schizophrénie processuelle avec symptômes dépressifs. Une peut s'encadrer dans la démence précoce de Kræpelin ; une autre a des points de contact avec la schizomanie de Claude ; la troisième, enfin, a une évolution circulaire sans terminaison démentielle, à cause de la présence de facteurs dysthymiques constitutionnels. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La position du problème psychologique de la schizophrénie. (L'impostazione del problema psicologico della schizofrenia), par Ferdinando Barison (de Padoue). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13e année, fasc. 5, octobre 1952, p. 474-487).

L'étude psychologique de la schizophrénie doit éviter le critérium nosologique, mais envisager tous les éléments psychologiques admis comme schizophréniques par les différents auteurs. On doit chercher à vérifier si certains des éléments correspondants peuvent être rattachés à d'autres de la même série. L'unification des divers signes demeure d'ailleurs difficile. L'auteur propose quelques lignes directrices pour la catatonie, la dissociation des idées, la schizophasie et l'athymie. Le maniérisme peut être envisagé comme une théâtralité irréelle. Certains faits sont rapportés concernant le Rorschach dans la schizophrénie, les rapports entre la déformation schizophrénique de la réalité et celle de nature artistique, enfin la capacité de la maladie de créer des traits de caractère.

V.-J. Durand.

Le test de Wechsler-Bellevue appliqué à 60 schizophrènes. (Il Test di Wechsler-Bellevue applicato a 60 schizofrenici), par Gaetano Roi (de Padoue). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13e année, fasc. 3, mai 1952, p. 324-332).

Soixante schizophrènes (quarante femmes, vingt hommes) ont été examinés au point de vue du quotient intellectuel à l'aide du test de Wechsler-Bellevue. Les résultats moyens ont été inférieurs à ceux des sujets normaux. A plusieurs reprises, cependant, la valeur obtenue a été supérieure à celle qu'on pouvait prévoir d'après le simple examen clinique. Le test s'est montré utile pour l'étude du comportement et des possibilités thérapeutiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Un inventeur schizophrène, par J. Cain et J. Corriol (de Marseille). (*L'encéphale*, tome 42, n° 1, 1953, p. 27-32).

Une observation est rapportée de schizophrène paranoïde inventeur, avec idées d'influence, écho et devinement de la pensée, dépersonnalisation, absence de systématisation des idées délirantes, discordance entre les troubles éprouvés et le manque de réactions. A côté de quelques éléments intéressants, les inventions du sujet comportent des marques délirantes évidentes. Ce cas montre l'intérêt d'étudier les productions individuelles et sociales. Il peut permettre d'évoquer à nouveau le problème (faux problème pour les auteurs) de la limite entre l'intuition géniale et l'intuition délirante. Quand une hypothèse ou une invention issue d'un cerveau paranoïde se révèle comme sans conséquence valable, il faut la considérer comme une idée délirante.

V.-J. Durand.

Sensibilité des schizophrènes catatoniques à la combinaison photo-métrazol, par D. M. Leiberman et J. Hoenig. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 3, août 1953, p. 194).

On admet que des phénomènes épileptiques s'observent parfois chez des schizophrènes catatoniques. Cette propension du cerveau de ces malades à présenter des décharges du type épileptique, peut être précisée quantitativement. La méthode consiste à l'activation de l'électro-encéphalogramme par des injections intraveineuses de métrazol combinées à la stimulation stroboscopique de la rétine. D'après l'auteur lui-même, il n'est pas possible de tirer des conclusions fermes et d'admettre qu'il existe un rapport entre les variations du seuil épileptique et l'état clinique. Le seuil photo-métrazol a été recherché chez cinq sujets atteints de schizophrénie catatonique à différentes phases de leur maladie. Les variations du seuil ont été notées en même temps que les diverses modifications de l'état clinique. Chez quatre sujets, le seuil s'abaissa au moment où ils sortaient de leur état stuporeux. Cet abaissement est peut-être dû à une augmentation de l'excitabilité du diencéphale, augmentation qui peut survenir spontanément ou sous l'influence de la convulsivothérapie.

L. Marchand.

Pathologie extraneurale de la schizophrénie : foie, tube digestif, système réticulo-endothélial (Patologia extraneurale della schizofrenia : fegato, tubo digerente, sistema reticolo endoteliale), par V. M. Buscaino (de Naples). (1 brochure, 60 pages, Quaderni di Acta Neurologica, IV, *Acta neurologica, Policlinico*, Naples 1953.

L'auteur rapporte d'abord un nombre important de faits traduisant les troubles observés au niveau du foie, du tube digestif, du système réticulo-endothélial, au cours de la schizophrénie. Il s'agit aussi bien d'altérations anatomiques des organes que de perturbations fonctionnelles. De nombreux tableaux groupent les résultats des recherches de divers auteurs. L'interprétation des faits ainsi rassemblés fait l'objet d'une soigneuse étude, qui amène l'auteur à préciser sa conception de la schizophrénie. Dans cette affection existe une pathologie anatomique et fonctionnelle du foie et du système réticulo-endothélial, en partie constitutionnelle, ainsi qu'une pathologie anatomique et fonctionnelle du tube digestif (surtout au niveau de l'intestin grêle), ces pathologies ne devant pas être considérées comme des faits secondaires aux manifestations psychiques ou à des troubles diencéphaliques. Il y a une toxicose aminique schizogène survenant sur système nerveux prédisposé, par perméabilité anormale de la paroi intestinale pour les substances aminiques toxiques, avec altérations anatomo-pathologiques de l'intestin, flore intestinale anormale, enfin insuffisance hépatique et réticulo-endothéliale. La schizophrénie est « une somatose accompagnée de symptômes au niveau du système nerveux ». Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Quelques remarques sur l'usage abusif du diagnostic d'autisme, par D. Arn van Krevelen (de La Haye). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1954).

Etude critique du concept d'autisme. Distinction entre l'attitude du schizophrène (autiste au sens propre du mot) et la pensée illogique (symptôme de la vie psychique normale et anormale). Et chez l'enfant privé de l'amour maternel pendant les premières années de la vie, le terme d'autisme désigne un trouble de la vie socio-affective dont la cause consiste en des frustrations des besoins de sécurité et d'affection. L'autisme n'est plus ici un syndrome schizophrénique : il devient une indication à la tendance à l'isolement.

L'autisme est devenu un concept collectif, un état morbide assez vague, point de départ d'une source d'erreurs. Dans un cas cité par l'auteur, le terme d'autisme a été employé pour caractériser un aspect asocial dans le comportement du malade. Il faut aussi savoir distinguer l'autisme des autres conditions de désintérêt et de distraction. Considérant que, « du point de vue scientifique, le diagnostic d'autisme est très dangereux », l'auteur conclut ainsi : « Attendu qu'il induit en erreur, puisqu'il amène à la négligence du diagnostic différentiel, on doit réaliser que le diagnostic d'autisme doit être fait aussi rarement que possible, cela veut dire par exclusion. »

R. C.

Catatonie expérimentale et œdème cérébral par l' A. C. T. H. chez le singe, par H. Baruk, Rougerie, M. Racine et Vallancien. (*La Presse médicale*, 18 juin 1952, p. 905-906).

Les auteurs rappellent les principaux travaux sur la catatonie expérimentale, puis décrivent les conséquences de l'injection intraveineuse d'A.C.T.H. chez un gros singe cynoglosse. Il y eut : troubles importants de la circulation cérébrale, gêne de la circulation de retour et œdème cérébral très net, apparition simultanée de négativisme, de catalepsie et d'une catatonie expérimentale. Il s'agit donc d'une forme nouvelle de catatonie expérimentale, liée vraisemblablement à des perturbations vasculaires cérébrales. Cette expérience doit être rapprochée d'un cas clinique de catatonie à la suite du traitement par l'A.C.T.H. d'un accès de rhumatisme articulaire aigu. Cinq photographies en couleurs.

V.-J. Durand.

Réflexions sur les psychoses asystoliques, par J. Alliez et G. Ruf. (*Sud médical et chirurgical*, 87e année, 31 juillet 1954, p. 3376-3380).

Les auteurs insistent sur la rareté des aspects authentiques de psychoses asystoliques dont ils ont rencontré quatre cas récents auxquels ils ajoutent une observation où un électro-encéphalogramme altéré accompagnait une décompensation cardiaque méconnue au cours d'un état dépressif. La pathogénie de tels états reste obscure et les notions de stase veineuse, d'œdème cérébral, d'intoxication asphyxique, sont insuffisantes. Des facteurs multiples interviennent, où le « terrain » nerveux paraît jouer un rôle prédominant mais les cas publiés restent assez disparates et leur interprétation doit tenir compte de la variété des éléments étiologiques souvent et diversement associés.

L. R.

Etat confusionnel au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Efficacité et innocuité de la salicylothérapie, par A. Camelin, Ablard, Cantegrit, H. Roumagnac et J. Vailhe. (*Bull. de la Société médicale des hôpiiaux de Lyon*, séance du 2 février 1953).

Chez un sujet de 20 ans, au cours d'une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu, un état confusionnel apparaît avant toute thérapeutique salicylée. Des antécédents héréditaires et collatéraux névropathiques certains constituaient un ensemble favorisant. La salicylothérapie à 6 grammes intraveineux fut néanmoins conduite sans inconvénient, malgré l'état confusionnel et un épisode cataleptique. 88 gr. de salicylate en quinze jours n'ont eu aucun effet nocif. Le malade a guéri de l'une et l'autre affection, ne conservant qu'une insuffisance aortique.

L. R.

Syndrome confusionnel aigu par stramoine (Sindrome confusionale acuta da stramonio), par Baldassare Buffa (de Verceil). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc 6, novembre-décembre 1952, p. 1119-1124).

L'auteur rapporte un cas d'empoisonnement par graines de datura stramonium avec signes physiques et état confuso-onirique transitoire. La symp-

tomatologie classique de l'intoxication est rappelée, ainsi que le mécanisme d'action et le diagnostic différentiel. V.-J. Durand.

Psychoses toxiques par streptomycine. (Psicosi tossiche da streptomicina), par M. Contini (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 1, p. 86-99).

L'auteur décrit de façon détaillée les signes psychiques observés chez une malade de 19 ans traitée par streptomycine, avec agitation confusionnelle, impulsivité, apparues au 14e jour de la série (1 gr. *pro die*). L'interruption de l'antibiotique amena la disparition assez rapide des troubles. A propos de ce cas, l'auteur rappelle les constatations faites par d'autres, évoque les interprétations pathogéniques et surtout insiste sur la possibilité de complications sérieuses. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Du délire bromique ayant une évolution inhabituelle par M. Levin. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 2,août 1953, p 130).

Trois évolutions peuvent se produire. Premièrement, le sujet peut mourir. Sur 34 cas de délire bromique, l'auteur a observé cette terminaison trois fois. La mort est survenue, soit par crise cardiaque, soit par pneumonie intercurrente. Deuxièmement, au lieu de cesser rapidement après la suspension du traitement bromuré, le délire se prolonge pendant de nombreux mois. Dans une troisième forme évolutive, le délire, qu'il soit de courte ou de longue durée, peut transformer une schizophrénie latente en une schizophrénie manifeste. Exemple d'une jeune femme chez laquelle le délire bromique, qui eut une durée de trois à quatre mois, laissa après lui un état paranoïde hallucinatoire qui ne guérit qu'un an plus tard. L'auteur demande que tout délire bromique, habituellement considéré comme sans gravité, soit traité avec une grande attention.

L. Marchand.

Délire amphétaminique, par J. Alliez (de Marseille). (*L'Encéphale*, tome 42, n° 1, 1953, p. 21-26).

L'auteur rapporte une observation de syndrome paranoïde très riche, avec importants troubles de la personnalité, excitation intellectuelle d'allure maniaque chez une jeune fille de 21 ans, par intoxication ortédrinique prolongée, le produit étant absorbé par voie injectable. La responsabilité du médicament est certaine, mais il faut tenir compte d'un facteur de déséquilibre ou de sensibilité particulière. A propos de ce cas, l'auteur rappelle le danger possible des diverses amphétamines et indique quelques éléments de l'action de ces corps chimiques en psychophysiologie.

V.-J. Durand.

Sur le thème des délires. (In tema di deliri), par Guido Reale (de Castiglione). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 1125-1131).

L'auteur, opposant les deux conceptions contraires du déficit d'intégration et de la néoproductivité *sui generis*, se montre partisan de la seconde. Il

considère le phénomène du délire comme une manifestation morbide isolée, indépendante, ayant une organisation spéciale, ne se rattachant à aucune organisation psychique normale.

V.-J. Durand.

Le délire de relation sensitive de Kretschmer. (Il delirio di rapporto sensitivo di Kretschmer), par M. P. d'Agata et S. Nobile (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 739-798).

S'appuyant sur une étude de la littérature et de 16 observations personnelles, les auteurs décrivent le délire de relation sensitive de Kretschmer. Ce syndrome leur apparaît comme une entité clinique nettement isolable avec symptômes délirants de type intuitif, parfois aussi illusionnel, mais rarement hallucinatoire. L'évolution se fait par accès. Le facteur organique ne doit pas être négligé au point de vue pathogénique. Dans l'ensemble, il s'agit d'un syndrome traduisant une décompensation psycho-affective. Abondante bibliographie.

V.-J. Durand.

Le concept de Kretschmer d'idées sensitives de référence. (Kretschmer's concept of sensitive ideas of reference), par Lotte Rosenberg (de Runwell-Essex). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25, n° 4, 1952, p. 202-214).

Après avoir rappelé la description par Kretschmer du délire de relation sensitive (sensitive Beziehungswahn), l'auteur en rapporte quatre cas (un féminin, quatre masculins). L'étiologie, le diagnostic, l'évolution, le traitement sont discutés. En ce qui concerne la thérapeutique, l'auteur montre l'intérêt de la psychothérapie, la faible valeur des méthodes physiques et en particulier des chocs, l'avantage qu'il y a à utiliser la cure par l'art.

V.-J. Durand.

Quelques réflexions sur l'interprétation morbide, par A. Crémieux. (*Sud médical et chirurgical*, t. 87, 30 juin 1954 p. 3340-3343).

A l'occasion d'un exposé didactique, l'auteur expose les remarques que lui suggère la psychopathologie de l'interprétation morbide, dont il analyse avec finesse les caractères symptomatiques. Il retient la prépondérance de l'élément instinctivo-affectif et met en lumière les modalités paralogiques de l'erreur pathologique et de la conviction délirante. Les théories constitutionnalistes et psychogénétiques sont les unes et les autres passibles de critiques mais l'interprétation morbide n'est certainement pas un trouble seulement intellectuel.

J. Alliez.

NEUROLOGIE

La lésion focale : manifestation pathologique d'une atteinte neuro-végétative ; une loi de pathologie générale sympathique, par Adolphe Bernard (de Lille). (*La Presse médicale*, 17 juin 1953).

Une lésion focale est caractérisée par un désordre anatomique petit, limité, séparé d'autres lésions identiques par des zones de tissu sain. Elle est cons-

tituée, soit par des troubles vasculaires (vasodilatation, exosérose, diapédèse érythro-leucocytaire, hémorragie, escarres), soit par des foyers de cytolyse cellulaire, de nécrose insulaire ou de dégénérescence graisseuse. Elle est la résultante d'une irritation du système neuro-végétatif ainsi que l'attestent de nombreuses expériences et des faits cliniques observés en dermatologie, dans des affections viscérales et des syndromes généralisés.

Ces notions permettent d'établir une loi de pathologie générale sympathique : *toute lésion en foyer implique la participation du système neuro-végétatif dans sa formation.*

L. R.

Contribution à l'étude des symptômes focaux encéphaliques dans l'ascaridiose, par F. Lotmar. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67/2, p. 306).

Deux cas d'ascaridiose associée à des symptômes nerveux focaux de nature épileptique ou hémiparétique. Leur étude parle pour la vraisemblance du rôle de l'allergie engendrée par l'ascaridiose : elle se trouverait renforcée focalement par la présence de restes de larves parvenues anormalement jusqu'au cerveau.

H. Bersot.

Sur un cas d'atrophie cérébrale unilatérale, par L. Calmettes, F. Deodatti, et J. Jammes. (*Bulletin de la Société d'oto-neuro-ophtalmologi de Toulouse.* séance du 16 avril 1953).

Clichés radiographiques d'une atrophie cérébrale unilatérale avec signes classiques : asymétrie cranienne, épaississement marqué de la voûte, images d'emboîtement de la table interne avec aspect de véritables stratifications. L'étiologie n'a pu être déterminée mais le fils de cette malade présente une oxycéphalie, ce qui a fait penser à un facteur héréditaire.

L. R.

A propos d'un cas d'œdème cérébral gravidique posant le problème d'une éclampsie convulsive pure, par A. Charbonnel et J. Jarrousse (de Nantes). (*Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique de l'Ouest*, séance du 15 mars 1953).

Observation d'une primipare de 25 ans qui, après une grossesse sans histoire, accouche normalement d'une fille parfaitement constituée. Deux heures après, exactement, éclatent des crises convulsives généralisées sans jamais d'élévation de la tension artérielle ni d'albuminurie et qui cèdent aux injections intraveineuses de sulfate de magnésie. Guérison.

Les auteurs concluent à un œdème cérébral gravidique, lié à une labilité vasculaire d'origine vasomotrice, dont l'origine diencéphalohypophysaire est probable. Ils envisagent le problème nosographique et croient pouvoir avancer que cet œdème cérébral n'est sans doute pas différent de celui qui accompagne l'éclampsie classique ; ce qui montre que les convulsions éclamptiques peuvent fort bien exister sans albuminurie et même sans hypertension artérielle.

Les altérations électro-encéphalographiques trouvées chez cette malade posent le problème de l'avenir des éclamptiques au point de vue convulsif, et celui de la prédisposition possible de certaines femmes à l'éclampsie.

L. R.

Les processus expansifs intracraniens chez les artério-scléreux, par R. Lafon, P. Pagès, C. Gros, R. Labauge et A. Bertrand. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 mars 1953).

Les auteurs opposent aux accidents vasculaires à expression pseudo-tumorale les formes pseudo-vasculaires des tumeurs intracraniennes. Les quatre observations rapportées se caractérisent par la survenue, chez des artério-scléreux, d'un syndrome neurologique de type focal, le plus souvent déficitaire, et l'absence habituelle de tout syndrome d'hypertension intracranienne.

L. R.

Sur un cas de thrombophlébite cérébrale, par A. Sillon et P. Lambert. (*La Presse médicale*, 29 août 1953).

A propos d'une observation de thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur, les auteurs rappellent quelques notions générales concernant les thrombo-phlébites cérébrales et discutent des perturbations de l'hydraulique cérébrale qui peuvent s'y observer.

L. R.

Volumineux angiome de l'artère cérébrale moyenne gauche, traité par exérèse en bloc après ligature de l'artère sylvienne, par P. Martin et J. Brihaye. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1954).

Observation clinique d'un volumineux angiome du point sylvien gauche chez une femme de 40 ans. Exérèse totale, après ligature préalable de l'artère cérébrale moyenne, sans aucune séquelle motrice ou phasique.

L. R.

Etudes électro-encéphalographiques dans l'angiome cérébral. (Electroencephalographic studies in cerebral angioma), par D. P. Rosenberg (de Londres). (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, Londres, vol. 15, n° 4, novembre 1952, p. 260-263).

Les électro-encéphalogrammes de 55 cas d'angiome cérébral sont analysés ici. Les tracés donnent la latéralisation ou une indication localisatrice dans 67 % des cas ; on observe ordinairement une activité limitée topographiquement de 6 à 7 cycles-seconde avec des ondes de haut voltage de 2 à 3 cycles-seconde qui peuvent remplacer les modalités précédentes d'enregistrement. On peut discuter la valeur de l'électro-encéphalographie pour le diagnostic de l'angiome cérébral.

V.-J. Durand.

Une angioneuromatose méningo-encéphalique diffuse, par J. Hozay. (*Revue neurologique*, t. 89, n° 3, 1953. (2e semestre) p. 222).

L'auteur rapporte une observation dans laquelle on note la coexistence de tumeurs encéphaliques multiples de même structure. Les tumeurs se développent sur un organe qui est le siège, dans la totalité de sa structure, d'une

dysplasie angiomateuse et gliale. Au niveau des régions pariéto-temporo-occipitales, cette dysplasie revêt dans l'écorce des caractères qui la rapprochent d'une angiomatose du type de Sturge-Weber. La structure de la malformation vasculaire méningo-encéphalique est celle d'une angioneuromatose. En de nombreux endroits, les cellules schwanniques englobent le capillaire. Le dispositif général de la malformation se voit même au niveau du bulbe, à la fois dans la substance antérieure et les pyramides, dans la fossette latérale du bulbe et la calotte bulbaire (huit microphotographies illustrent le mémoire).

L. Marchand.

Neuro-angiomatose encéphalo-faciale. (Neuroangiomatosi encefalofacciale), par Mario Contini et Giorgio Leoni (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 367-387).

Un cas est rapporté de neuro-angiomatose encéphalo-faciale avec association de signes cliniques, radiologiques, oculaires et endocriniens complets. Révisant la question, les auteurs envisagent les diverses explications pathogéniques proposées. Dans le cas présent, ils pensent à une dysfonction neuro-endocrinienne probable. Cinq photographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Iconographie de l'angiomatose neuro-rétinienne (syndrome de Bonnet, Dechaume et Blanc), par H. Fischgold, P. Brégeat, Y. le Besnerais et M. David (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1952).

Des trois types d'angiomatose neuro-oculaires décrits [angiomatose choroïdienne associée à une angiomatose méningée et cutanée (syndrome de Sturge-Weber) ; angiomatose rétinienne tumorale associée à un hémangioblastome cérébelleux (syndrome de von Hippel-Lindau) ; angiomatose rétinienne non tumorale en continuité avec un angiome artério-veineux du nerf optique, du thalamus et du mésencéphale (syndrome de Bonnet, Dechaume et Blanc)], la troisième forme située par P. Danis dans le cadre plus vaste des « dysplasies vasculaires associées à l'œil et du système nerveux », est l'objet de cette étude. De l'examen des auteurs, il résulte que : 1° cette angiomatose apparaît nourrie par les vertébrales, comme le prouvent : la dilatation des trous transversaires de C2 et C1 et du sillon du canal latéral de l'atlas ; le siège de l'angiomatose dans le territoire de la cérébrale postérieure, de l'artère thalamique et de la choroïdienne postérieure ; 2° l'état du système carotidien du côté de la lésion manque, mais l'artère carotide gauche nourrit l'angiomatose droite et opacifie un territoire qui se recoupe avec celui de la vertébrale ; 3° la dysplasie touche le nerf optique lui-même, comme le prouvent l'atrophie de la papille, l'aspect du canal optique, l'hypertrophie et la condensation de la clinoïde antérieure à droite.

Une telle anomalie se trouve au-dessus des ressources thérapeutiques actuelles : les quatre artères de l'encéphale déversent en permanence leur contenu dans une formation vasculaire qui aspire le sang d'où qu'il vienne !

L. R.

La maladie de von Hippel-Lindau, par M. Creyx, J. Leng-Lévy, J. David-Chausse et A. Serres. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux* séance du 21 octobre 1952).

A propos d'une observation récente, tableau clinique de cette affection hérédo-familiale, intégrée par Van der Hoeve dans le groupe nosologique des phakomatoses : angiomatose rétino-cérébelleuse d'origine dysembryoplasique dont les signes oculaires précèdent ordinairement les manifestations nerveuses ; cette particularité permet un diagnostic précoce par la constatation, à l'ophtalmoscope, d'altérations rétiniennes spécifiques : ectasies vasculaires sinueuses au début, associées à la période d'état, à des formations en « ballonnets » ainsi qu'à des placards et tractus blanchâtres.

L. R.

Anévrysmes cirsoïdes et anévrysmes artério-veineux de l'encéphale d'après dix-neuf cas. Considérations anatomiques, cliniques et radiologiques, par D. Petit-Dutaillis, G. Guiot et H. Berdet (de Paris). (*La Presse médicale*, 24 juin 1953).

Etude d'ensemble de 18 cas d'anévrysmes cirsoïdes ou artério-veineux de l'encéphale dont deux siégeaient au niveau du cervelet. Du point de vue anatomique, similitude avec les anévrysmes du même type rencontrés en d'autres régions de l'économie et caractères qui les opposent aux angiomes proprement dits du cerveau. Les auteurs insistent sur l'importance de distinguer parmi ces malformations vasculaires les anévrysmes artério-veineux des anévrysmes cirsoïdes, distinction qui se justifie par les signes artériographiques et aussi du point de vue chirurgical. Ils dégagent de leurs observations les différents aspects cliniques et évolutifs de ces lésions, ainsi que l'interprétation de leurs aspects angiographiques, et se proposent de revenir ultérieurement sur leur traitement chirurgical.

L. R.

Neuromélitococcie avec constatation d'anévrysmes cérébraux par artériographie, par P. Pagès, N. Duc et J. Minvielle. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 mars 1953).

Les auteurs rapportent l'observation d'un adulte porteur de séquelles d'hémiplégie sensitivo-motrice avec allergie brucellienne, chez qui l'artériographie carotidienne a révélé l'existence d'anévrysmes miliaires de l'espace perforé antérieur. Trois ans plus tôt, ce malade avait été traité pour une brucellose algo-fébrile typique, compliquée deux mois plus tard d'aphasie puis d'hémiplégie. Le liquide céphalo-rachidien était alors xanthochromique et sa mise en culture a donné *Brucella melitensis*.

L. R.

Anévrysme traumatique de la carotide interne dans sa portion supraclinoïdienne, par J. Brihaye, J. Mage et G. Verriest. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1954).

Observation d'un jeune homme de 24 ans qui, deux mois après un accident de motocyclette, présenta une pseudo-hémianopsie horizontale supé-

rieure progressive à l'œil gauche. Quatre mois après l'accident, à l'exploration chirurgicale de la région chiasmatique, on constate une ectasie anévrysmale de la paroi supérieure de l'artère carotide interne gauche, qui soulève le nerf optique correspondant à sa sortie du canal osseux.

Après large ouverture du canal optique, et dans une seconde intervention, ligature au niveau du cou de l'artère carotide commune. A la suite de ces opérations, réparation progressive et pratiquement totale du déficit visuel.

Les auteurs discutent le mécanisme de production de la pseudo-hémianopsie horizontale supérieure, la dissociation entre la fonction visuelle et la fonction pupillo-motrice observée chez ce malade ainsi que la pathogénie de l'anévrysme traumatique. Bibliographie.

L. R.

La recrudescence des abcès du cerveau, par G. Lazorthes, H. Anduze et P. Caizergues. (*Bulletin de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse,* séance du 16 avril 1953).

Les abcès du cerveau sont devenus de plus en plus fréquents. L'infection pulmonaire est la cause le plus souvent rencontrée. La ponction doit être proscrite et remplacée par l'excision avec la coque après repérage artériographique ; c'est le procédé le plus sûr et celui qui prévient le mieux les séquelles.

L. R.

Ramollissement cérébral et hémorragie cérébrale, par J. Boudouresques, (*Sud médical et chirurgical*, 87e année, 31 juillet 1954, p. 3362-3369).

Exposé didactique où l'auteur rapproche plus qu'il n'oppose les deux grands types de lésions vasculaires cérébrales, à la lumière des notions pathogéniques maintenant admises. L'héparine est formellement contre-indiquée dans le traitement de ces accidents vasculaires, à leur stade aigu.

J. Alliez.

Epilepsie cataméniale bravais-jacksonienne chez une hémiplégique vasculaire, par P. Boulet, H. Serre, A. Vedel, G. Vallat, J. Mirouze et J. Minvielle. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 11 juillet 1952).

Observation d'une hypertendue artérielle de 50 ans, devenue brutalement hémiplégique à 49 ans. Au syndrome clinique (hémiplégie corticale sensitivo-motrice avec anarthrie) correspond un foyer électrique centro-pariétal profond, une hydrocéphalie ventriculaire homolatérale et une artérite sténosante, avec absence de vascularisation de la zone atrophiée. Quatre mois après l'ictus apparaissent des crises bravais-jacksoniennes strictement cataméniales, complètement interrompues par castration radiothérapique et qui réapparaissent six mois plus tard avec la réapparition des menstrues. La muqueuse utérine est trophique, alors que persistent des signes de stimulation œstrogénique (phénol-stéroïdes, frottis vaginaux). Les auteurs soulignent l'importance des perturbations vaso-motrices et des déséquilibres folliculiniques, même au cours de l'évolution de foyers hémisphériques vasculaires.

L. R.

Hémiatrophie faciale progressive avec hémiparésie et épilepsie jacksonienne contro-latérales. (Emiatrofia faciale progressiva con emiparesi ed epilessia jacksoniane controlaterali), par Giovanni Alema et Piero Benassi (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 4, juillet-août 1952, p. 615-658).

Les auteurs rapportent un cas d'hémiatrophie faciale progressive gauche associée à une épilepsie jacksonienne droite avec manifestations polymorphes et à une hémiparésie spastique droite avec hémihypoesthésie et aphasie. Une longue observation a été possible avec nombreux examens cliniques, radiologiques, électro-encéphalographiques, qui ont montré une dilatation ventriculaire plus marquée à gauche avec signes d'hémiatrophie cérébrale. On a procédé à l'excision de cortex moteur gauche, amenant la fin des convulsions. Les fragments cérébraux prélevés montraient des lésions de nécrose cortico-sous-corticale. Une révision générale est faite à propos de ce cas. 22 figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

A propos de crises généralisées d'emblée à un hémi-corps. Etude électro-clinique, par J. Roger et Mme A. Roger. (*Sud médical et chirurgical*, 87e année, 31 juillet 1954, p. 3380-3383).

Etude détaillée d'une observation de crises d'épilepsie d'emblée localisée à toute la moitié gauche du corps (hémicrise généralisée) distincte de l'épilepsie bravais-jacksonienne. Il ne s'agit pas en effet d'une lésion corticale mais d'une atteinte sous-corticale, ce que confirme l'électro-encéphalogramme, ainsi que la présence chez la malade d'un syndrome associé de type thalamique.

J. Alliez.

Etude d'ensemble de cinquante observations d'épilepsie focalisée (incidences thérapeutiques), par Y. Poursines et J. Roger. (*Sud médical et chirurgical*, 87e année, 31 juillet 1954, p. 3353-3360).

Les auteurs ont étudié, sous l'angle statistique, cinquante observations d'épilepsie où les constatations cliniques et bioélectriques faisaient admettre l'existence d'une lésion cérébrale corticale, les lésions tumorales étant exclues et tous les cas ayant été suivis plus d'un an. La grande fréquence des foyers temporaux doit être soulignée (88 %), l'expression clinique se faisant par des crises grand mal isolées (16 %), partielles isolées (26 %), partielles alternant avec des crises de grand mal (58 %). Les résultats thérapeutiques sont d'autant meilleurs qu'il s'agit de crises généralisées et, d'une manière générale, les médications nouvelles ne seront utilisées qu'après échec des drogues éprouvées. Les indications chirurgicales restent dans la moyenne habituellement reconnue (8 %).

J. Alliez.

Etude sur l'épilepsie des tumeurs cérébrales (à propos de 170 tumeurs épileptogènes), par J.-E. Paillas, J. Bonnal et L. Corriol. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 3 décembre 1952).

Parmi les tumeurs dont l'épilepsie a été un symptôme révélateur, la plus grande fréquence topographique revient à celles du lobe temporal, en second

lieu du lobe frontal, puis aux tumeurs médianes ou paramédianes de la voûte. Les gliomes histologiquement bénins et les méningiomes sont hautement épileptogènes ; les glioblastomes, par contre, le sont peu. Les crises bravais-jacksoniennes sont plus rares que les crises généralisées et les crises temporales. L'épilepsie précède le déficit moteur s'il s'agit d'une tumeur maligne. Sur les tracés électro-encéphalographiques, les grapho-éléments imitatifs sont peu fréquemment rencontrés.

L. R.

Les isotopes radioactifs dans le diagnostic des tumeurs cérébrales (Gli isotopi radioattivi nella diagnosi dei tumori cerebrali), par Guido Castorina (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 395-415.

Faisant une revue générale de la question, l'auteur montre les importants progrès réalisés. Un des plus récents est l'utilisation de compteurs à scintillation permettant de diminuer la dose de diiodofluorescéine radioactive injectée. Les possibilités d'application sont notablement facilitées. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La localisation électro-encéphalographique dans 30 cas de tumeurs endocraniennes en relation avec la localisation angiographique, ventriculographique et le contrôle chirurgical (La localizzazione electroencephalographique in 30 casi di tumore endocranico in relazione alla localizzazione angiografica, ventriculografica e al controllo chirurgico). par C. Loeb, L. Perria et U. Sacchi (de Gênes). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 1, fasc. 4, septembre 1952, p. 501-511).

Les auteurs rapportent les résultats de l'électro-encéphalographie au point de vue de la localisation dans 30 cas de tumeurs endocraniennes et les comparent à ceux de l'angiographie, de la ventriculographie et du contrôle chirurgical. Dans 78 % des cas, l'électro-encéphalogramme a permis une localisation utile ; même dans les autres observations, d'ailleurs, il a donné des renseignements utiles sur le côté atteint, permettant de poser l'indication d'une angiographie ou d'une ventriculographie. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'interprétation des symptômes dits de fausse localisation dans les tumeurs cérébrales, par Th. Alajouanine. (*Bulletin de la Réunion neurochirurgicale de Strasbourg*, séance du 8 mai 1953).

Les symptômes dits « de fausse localisation » dans les tumeurs cérébrales ont leur explication et leur valeur physiopathologique qui demandent seulement à être précisées ; l'auteur en donne comme exemple l'atteinte sensitivo-motrice du trijumeau au cours de méningiomes frontaux médians ou paramédians dont il étudie le mécanisme et la valeur sémiologique.

L. R.

A propos d'une tumeur cérébrale latente et à évolution rapidement mortelle, par R. de Grailly, H. Leger, F. David-Chaussé et M. Lacour. (*Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 20 février 1953).

Observation d'une malade de 32 ans, bien portante jusqu'au 15 septembre, sans antécédent notable, traitée pour sinusite et entrée dans le service pour céphalées. A l'examen neurologique, très légère parésie faciale gauche. Légère albuminose à 0 gr. 45 du liquide céphalo-rachidien, sans réaction cytologique. D'abord, amélioration par traitement antalgique. Brusquement, le 14 octobre, les céphalées reprennent, troubles psychiques accusés ; semi-coma puis coma ; mort, en quelques heures, dans la nuit du 14 au 15 octobre. A l'autopsie, glioblastome de la région temporo-pariétale droite et second glioblastome profond temporo-occipital gauche.

Les auteurs signalent le caractère latent de certaines tumeurs cérébrales, même volumineuses, et la rareté de la coexistence de deux tumeurs cérébrales, en posant le problème de la nature métastatique de l'une ou de l'autre tumeur.

L. R.

Tumeurs cérébrales au cours de la sclérose tubéreuse de Bourneville, par J.-E. Paillas, J. Pellegrin, R. Vigouroux et G. Serratrice. (de Marseille). *La Presse médicale*, 29 septembre 1954).

La sclérose tubéreuse de Bourneville, qui comporte habituellement des nodules cutanés, des crises épileptiques, des troubles psychiques et de petites tumeurs intraoculaires, est susceptible, dans un nombre relativement fréquent de cas, de se compliquer de tumeurs cérébrales. La tumeur est du type schwannoïde (spongioblastome polaire), et plus rarement de type glioblastique. Dans le premier cas, elle est habituellement unique, s'insère sur un noyau gris central ou sur le trigone et prolifère dans la cavité ventriculaire, en provoquant une hypertension intracranienne par le mécanisme du blocage du trou de Monro. Comme cette tumeur est de nature histologique bénigne, il est indiqué d'en faire l'exérèse chaque fois qu'il est possible ; l'intervention n'offre pas de difficultés insurmontables. Les auteurs publient deux observations anatomo-cliniques avec guérison post-opératoire et survie actuelle datant, dans un cas, de six ans.

L. R.

Ganglioneurome double de l'encéphale. (Ganglioneuroma duplice dell'encefalo), par Giovanni Carrieri (de Bari). (*Rivista di neurologia*, 22e année, 1re partie, janvier-février 1952, p. 45-56).

L'auteur décrit un cas de gangliocytome double du lobe frontal gauche et de la moitié droite du bulbe, à évolution brève (un peu plus de trois mois), à symptomatologie bulbaire assez pauvre n'ayant pas permis le diagnostic de localisation. Se basant sur la topographie des deux masses néoplasiques, l'auteur pense au développement de deux germes embryonnaires indépendants. Cinq photographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les gliomes du nerf optique, variété endocranienne (I gliomi del nervo ottico, varieta endocranica), par Vincenzo Floris et Guido Castorina (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 799-821).

Les auteurs rapportent deux observations anatomo-cliniques de gliome du nerf optique : la première, à évolution assez lente, histologiquement très semblable aux médulloblastomes par la disposition en rosettes des éléments, mais qui, par la nature de ces derniers et la présence de gliofibrilles, est à classer plutôt parmi les astrocytomes. Le second cas, à allure plus aiguë, est constitué histologiquement par un neurinome ou schwannome du nerf optique. Les auteurs admettent l'hypothèse de l'origine méningée de ces tumeurs. Neuf figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Diagnostic et ablation précoces d'un méningiome révélé par une lacune cranienne, par A. Massebœuf, Robbe et Tissier (de Casablanca). (*Maroc médical*, 31e année, n° 325, juin 1952, p. 563).

Une lacune cranienne de la région pariétale est découverte chez un homme de 31 ans souffrant de douleur localisée. Le diagnostic de méningiome est posé. L'intervention le confirme et permet l'ablation d'un psammome.

V.-J. Durand.

Méningiomes de l'aile du sphénoïde. (Meningiomi dell' ala dello sfenoïde.) par Benjamino Guidetti (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 425-555).

Dans les deux parties de cet important mémoire, l'auteur étudie successivement quinze cas de méningiomes du tiers interne de la petite aile du sphénoïde, dans la région clinoïdienne, puis 65 tumeurs identiques du tiers externe de la petite aile dans la zone du ptérion. Toutes ces observations concernent des malades du service du professeur Olivecrona à Stockholm. Les données cliniques, radiologiques, pneumo-encéphalographiques, ventriculographiques, artériographiques, les résultats opératoires sont soigneusement rapportés. 42 figures. Nombreux tableaux. Toutes les observations sont rapportées en appendice. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Crises d'hypertonie paroxystiques révélatrices d'un méningiome cervical, par R. Lafon, Cl. Gros, R. Labauge, P. Barjon et J. Roujon. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 mai 1952).

Compression médullaire cervicale dont l'expression atypique, sous la forme de crise d'hypertonie paroxystique, fit longtemps errer le diagnostic. L'absence d'anomalies ventriculographiques, l'apparition seconde d'une griffe d'Aran-Duchenne bilatérale, justifièrent un examen discolipiodolé, qui montra l'existence d'un obstacle à la hauteur de C 2-C 4. Après ablation d'un méningiome de siège antéro-latéral, apparition d'un syndrome ostéo-

articulaire dégénératif localisé au membre inférieur du côté opposé. Les auteurs discutent le rôle de l'atteinte du système extra-pyramidal médullaire dans ces deux ordres de faits.

L. R.

Mèningiome en sablier du trou occipital, par R. Lafon, Cl. Gros R. Labauge, J. Cadilhac et J. Minvielle. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1952).

Du fait de leur rareté, les méningiomes du trou occipital, sont très souvent méconnus. Leur symptomatologie évoque habituellement une atteinte cervicale basse. Chez une malade de 33 ans, sept ans après un accident syphilitique primaire, survinrent des céphalées occipitales et un syndrome de compression médullaire cervicale. Le liquide céphalo-rachidien révélait une réaction cyto-albuminique importante avec déviation vers la droite de la courbe du benjoin colloïdal. Une méningomyélite syphilitique paraissait évidente. Mais, après l'échec du traitement spécifique, une myélographie révéla une tumeur intra-rachidienne à C1. L'ablation chirurgicale du méningiome du trou occipital en cause amena la guérison.

L. R.

Considérations sur deux cas de craniopharyngiomes opérés dont l'un totalement extirpé. (Considerazioni su due casi di craniofaringioma operati uno dei quali totalmente asportato), par B. Guidetti et A. Pansini (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1re partie, janvier-février 1952, p. 155-165).

Deux cas personnels de craniopharyngiomes sont décrits, l'un chez une fillette de 11 ans, l'autre chez un garçon de 10 ans, avec ablation totale, bonne santé générale, pas de modifications de la vue. Quelques considérations sont faites sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique des craniopharyngiomes. Treize figures : photographies et tracés électro-encéphalographiques.

V.-J. Durand.

Pinéalome avec symptomatologie initiale de sclérose en plaques, par H. Anduze-Acher, R. Felgines, L. Gleizes, M. Riser. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 14 décembre 1953).

Observation d'un malade de 33 ans qui, en 1952, présenta une fatigabilité musculaire importante, de l'impuissance génitale, une diplopie verticale passagère. Un an après, diminution considérable du photo-moteur, alors que la fermeture pupillaire à la convergence était conservée, paralysie de l'élévation, nystagmus, légère dysmétrie, ébauche de syndrome pyramidal, sans la moindre hypertension cranienne, avec liquide céphalo-rachidien normal. Le diagnostic de sclérose en plaques est alors porté, mais trois mois après apparaissent obnubilation et stase papillaire. On soupçonne seulement alors un pinéalome, diagnostic confirmé par l'abondance des calcifications épiphysaires sur le cliché cranien simple, de profil et par la ventriculographie.

L'ouverture de la lame sus-optique et le traitement par radiothérapie font disparaître l'hypertension cranienne.

Les pinéalomes n'étant pas exceptionnels, il paraît nécessaire de pratiquer un examen radiographique simple, systématique, chez tout malade présentant des troubles pupillaires et de la verticalité du regard, même si l'on note quelques signes dysmétriques et pyramidaux, sans hypertension cranienne.

L. Gayral.

Myxome de la fosse cranienne médio-postérieure. (Mixoma della fossa cranica medio-posteriore), par Guiseppe Tinelli (de Bari). (*Rivista di neurologia*, 13e année, 1re partie, janvier-février 1952, p. 260-270).

Un cas rare de myxome de l'encéphale est rapporté chez un garçon de 15 ans, rapidement mortel dans un tableau d'hypertension avec engagement des amygdales cérébelleuses. La tumeur siégeait dans l'angle ponto-cérébelleux droit. Histologiquement, il s'agissait d'un myxome vrai, de variété kystique. L'auteur pense à l'origine à partir des gaines nerveuses et des germes embryonnaires subsistant dans le tissu nerveux. Quatre photographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Un cas curieux de kyste extracérébral à localisation parasagittale (kyste arachnoïdien ?), par M. Van den Herrewegen (d'Amsterdam). (*Acta neurologia et psychiatrica Belgica*, avril 1954).

Hémiparésie gauche se développant en quatre années, sans symptômes d'hypertension intracranienne, chez une femme de 58 ans. Mort dans un état de mal épileptique à la suite d'une pneumo-encéphalographie. A l'autopsie, énorme cavité dans l'hémisphère droit. Discussion des aspects pathologiques de la lésion avec hypothèse d'un kyste arachnoïdien. Sept figures.

R. C.

Sur le diagnostic radiologique des tumeurs de l'acoustique. (Zur Röntgendiagnostik von Akustikus tumoren), par W. Zaunbauer. (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 2, n° 3, septembre 1952, p. 166-173).

Sur 95 cas de tumeur de l'acoustique (67 chez la femme, 28 chez l'homme), l'auteur a recherché les signes radiologiques. La radiographie simple montrait, dans 80 % des cas, des signes d'hypertension intracranienne, en particulier au niveau du conduit auditif interne. Une association de l'examen simple, et après pneumographie, permet 99 % de preuves positives. Les données obtenues sont d'ailleurs variables : hydrocéphalie interne, élévation de la corne ventriculaire inférieure, déviation du IIIe ventricule, de l'aqueduc, déformation ou oblitération de ce dernier. Onze radiographies.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE

Introduction à l'étude électroencéphalographique du comportement, par H. Gastaut (*Sud médical et chirurgical,* t. 87, 30 juin 1954, p. 3320-3329).

Les variations des tracés bioélectriques cérébraux sont plus significatives pour l'appréciation de leur relation avec les réactions affectives ou des divers modes de comportement que pour ce qui concerne leur liaison avec les fonctions conscientes les plus élevées et les études poursuivies dans diverses directions sont parvenues à établir des corrélations entre le type d'activité électrique corticale et la personnalité. L'auteur insiste sur les notions qu'il a pu établir à Marseille entre caractère et aspects électro-encéphalographiques particuliers. Trois syndromes ont été isolés : *a*) syndrome d'hyperexcitabilité corticale, avec rythme de fond alpha rapide, entraînement photique occipital important et absence de réponse à l'hyperpnée, correspondant à un tempérament hyperémotif, hypersensitif et hyperactif « nerveux » ; *b*) syndrome d'hyperexcitabilité corticale avec rythme alpha plutôt lent, absence de réponse photique et ralentissement généralisé à l'hyperpnée, rencontré chez des sujets d'humeur égale, à effection lente et sûre, « calmes » ; *c*) un syndrome de versatilité ou de labilité corticale, avec activité complexe et variable où s'associent rythmes alpha, bêta et surtout thêta, répondant à la stimulation lumineuse intermittente par un entraînement plus ou moins important et à l'hyperpnée par un ralentissement d'intensité plus ou moins accusée, observé chez des sujets calmes, non anxieux mais susceptibles de réactions violentes. M. Gastaut souligne l'importance de ces données par rapport aux recherches simultanément effectuées en Afrique du Sud, avec un aspect ethnologique et en Russie et au Japon, en relation avec les conceptions pavloviennes. Il considère que ces acquisitions permettent d'établir une correspondance entre électro-encéphalogramme et comportement psycho-moteur mais minutie et prudence sont nécessaires, tant dans l'établissement des tracés que dans leur interprétation.

J. Alliez.

Aspects du comportement étudiés par les méthodes dynamiques de l'électroencéphalogramme, par J. Faure. (*Sud médical et chirurgical,* t. 87, 30 juin 1954, p. 3329-3336).

Les corrélations entre l'activité bioélectrique du cerveau et les diverses variétés du comportement ont été étudiées à l'aide d'un matériel considérable, portant sur 1.542 sujets et 46 animaux, pendant une période de sept ans. L'étude des tracés à l'état statique chez des sujets émotifs ou après stress photique, chez l'homme et l'animal, a montré des types d'électro-encéphalogrammes correspondant à des comportements particuliers et des modifications des tracés en relation avec les réactions observées. Mais les variations du comportement sont dans l'ensemble plus diverses que les modalités de changement électrographique. A mesure que le trouble caractériel est plus important, la corrélation entre l'électro-encéphalogramme et le comportement est plus étroite. Il en est ainsi chez les enfants caractériels et spécialement chez ceux de la catégorie épileptoïde, que l'auteur divise en impulsifs et hypnoïdes. De même, les strabiques, les bègues, les enfants

atteints de tics présentent des perturbations électriques particulières. L'étude filmologique, associée à la prise de l'électro-rétinogramme, a permis à l'auteur de préciser l'importance du trouble du message sensoriel dans ces cas. Diverses conditions physiologiques et pathologiques s'accompagnant de modifications transitoires ou durables du comportement ont été étudiées ensuite : cycle œstral, collectivités de travailleurs sélectionnés, sujets « hypnoïdes », alcooliques, grands aliénés, leucotomisés, traumatisés du crâne. La correspondance entre type électrique et comportement est habituelle, sauf après les interventions psycho-chirurgicales, cette divergence s'expliquant par la nature des conditions psychopathiques pré-opératoires. M. Faure conclut avec prudence que l'électro-encéphalogramme et le comportement varient en même temps dans des circonstances dynamiques mais que ces variations, quoique valables, ne sont pas étroites. Les modalités bioélectriques, liées au métabolisme cérébral, sont moins variées que celles du comportement, aux conditions et possibilités vitales très diversifiées. Il s'agit de « deux variables solidaires, fonction chacune d'éléments différents ».

J. Alliez.

Contribution à l'étude du syndrome moteur provoqué chez la souris par l'amino-dipropionitrile (souris tournantes), par Jean Thuillier, Aimé Burger et Paule Mouille. (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 27 juin 1953).

L'amino-dipropionitrile provoque chez la souris un syndrome excito-moteur caractérisé par des mouvements choréiques de la tête, une hyperactivité, des accès de course circulaire dans les deux sens, des mouvements de rétro- et latéro-pulsion et des réactions statiques perturbées. La chaleur augmente ce comportement moteur. Le froid est inefficace.

L'utilisation de ces souris tournantes pour tester l'activité de médicaments sédatifs peut donc être envisagée.

L. R.

L'alcoolisme expérimental, par J. Lhermitte. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 23 juin 1953).

L'auteur rappelle d'anciennes expériences par lesquelles il a démontré que l'on peut reproduire la cirrhose de Laënnec chez les lapines recevant de la liqueur d'absinthe diluée dans le tube digestif. L'intoxication lèse le foie du fœtus comme celui de la mère. Au niveau du système nerveux, les lésions de l'axe spinal sont beaucoup plus profondes que celles des nerfs périphériques et les altérations du cortex cérébelleux et, en particulier, des cellules de Purkinje, sont d'une particulière intensité.

L. R.

L'intervention de l'acétone dans les déterminations de l'alcool du sang. Méthode simple pour la détermination de l'acétone du sang. (The interference of acetone in blood alcohol determination. A simple method for the determination of blood acetone), par Guy Nadeau (de Québec) *The Canadian Medical Association Journal* 67, 1952, p. 168-169).

Comme l'acétone peut intervenir dans la détermination de l'alcool sanguin par les méthodes d'oxydation, les prélèvements peuvent être utilisés

pour le dosage de l'acétone. L'auteur décrit un procédé simple, facilement applicable en clinique, utilisant comme principal réactif l'aldéhyde salicylique.

V.-J. Durand.

Propriétés physiques, chimiques et immunologiques des gamma-globulines, par P. Grabar (Chef de service à l'Institut Pasteur). (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de phamacodynamie,* séance du 19 mai 1954).

On définit actuellement les gamma-globulines par leurs vitesses de migration électrophorétique. Lorsqu'on examine les diverses propriétés des globulines ainsi délimitées, on constate qu'il s'agit, non pas d'une protéine homogène, mais d'une famille de globulines. On trouve des globulines qui diffèrent entre elles par les pH_1, les solubilités, les masses moléculaires. Par des méthodes immuno-chimiques, on arrive aussi à observer des différences entre des sous-fractions de gamma-globulines obtenues par des précipitations fractionnées. Des protéines, qui réagissent avec les immunsérums, comme les gamma-globulines caractéristiques, ont des vitesses de migration qui s'étendent bien au delà de la zone qui leur était primitivement attribuée. Les gamma-globulines présentent un intérêt particulier du fait que les anticorps en font partie. Ces derniers peuvent être retrouvés dans diverses sous-fractions, ce qui prouve encore une fois l'hétérogénéité des gamma-globulines.

On admet actuellement que les gamma-globulines peuvent être synthétisés dans les plasmocytes en voie de maturation, mais d'autres types cellulaires sont peut-être capables de participer à la formation de ces substances.

De nombreux faits font penser que le rôle des gamma-globulines est de servir de « transporteurs » pour diverses substances ; elles agiraient comme les anticorps, dont la propriété essentielle est de s'unir avec l'antigène. La formation des anticorps n'est pas due à un mécanisme spécial, dit de défense, mais à un mécanisme physiologique général de synthèse de globulines adaptées à la fixation d'une substance définie.

L. R.

Étude quantitative des gamma-globulines dans le liquide céphalo-rachidien par une méthode immuno-chimique, par P. Burtin et J.-J. Pocidalo (de Paris). (*La Presse médicale,* 17 juillet 1954).

Les auteurs proposent une méthode de dosage des γ-globulines dans le liquide céphalo-rachidien qui repose sur des bases immunochimiques. Elle nécessite l'obtention d'immunsérums de lapins préparés avec des γ-globulines aussi pures que possible, et étalonnés au préalable. Le taux des γ-globulines est déterminé en évaluant par opacimétrie ou néphélémétrie la quantité de précipité spécifique obtenue en mélangeant à l'immunsérum le liquide céphalo-rachidien à étudier, les volumes des réactifs devant être précisés avec soin ainsi que la température d'expérience et le temps d'incubation. Dans cette réaction, le liquide céphalo-rachidien représente la source d'antigène qu'on ajoute aux anticorps contenus dans l'immunsérum.

Les taux obtenus ont la signification suivante :

de 20 à 40 microgrammes par millilitre : liquides normaux ;

40 à 50 microgrammes : valeurs-limites ;

au delà de 50 microgrammes par millilitre, le liquide céphalo-rachidien est anormal.

L'intérêt principal de la méthode semble concerner les liquides céphalo-rachidiens subnormaux d'après les méthodes classiques de détermination de la protéinorachie, car elle donne des renseignements plus nuancés et, partant, peut-être plus sûrs.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Application des gamma-globulines à la prophylaxie de la poliomyélite, par P. Lépine, Chef de service à l'Institut Pasteur (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 19 mai 1954).

Passant en revue les diverses expériences pratiquées dans ce domaine et s'appuyant sur des données statistiques établies tant en France qu'à l'étranger, l'auteur fait le point de la question. La prophylaxie indiscriminée par injection de gamma-globuline serait efficace dans un cas pour 2.000 injections s'il s'agit des U.S.A., pays à indice de morbidité poliomyélitique élevé, et dans un cas sur 20.000 injections s'il s'agit de la France, pays à indice de morbidité poliomyélitique faible. En outre, les difficultés d'obtention et le prix de revient très élevé de préparation de ce produit, joints à son efficacité aléatoire, conduisent à en restreindre l'application aux périodes d'épidémie, et à des foyers d'infection définis, et dans ces foyers aux groupes d'âge et aux individus les plus exposés à la contamination. Même en ce cas, la protection assurée est loin d'être absolue, et le problème matériel de l'obtention de quantités suffisantes de gamma-globulines demeure entier.

L'auteur entrevoit une meilleure utilisation des gamma-globulines dans leur application à la protection active contre la poliomyélite. Il semble qu'en vaccinant les enfants ne présentant pas d'anticorps, et en assurant au cours de la période d'immunisation leur protection au moyen de l'injection de gamma-globuline, on pourrait trouver une solution au problème de l'immunisation active contre la poliomyélite, qui demeure toutefois au stade purement expérimental.

L. R.

Propos sur l'alcoolisme, par P. Delore (de Lyon). (*La Presse médicale*, 61, n° 25, 11 avril 1953, p. 537-538).

Revenant sur la grave question de l'alcoolisme, l'auteur étudie les méfaits de l'intoxication, « ennemi intérieur numéro un » en France ; à côté des méfaits bien connus, d'autres le sont moins : vieillissement prématuré, retentissement pulmonaire et cardiaque. Puis sont évoquées les causes : agricoles (importance du vignoble), intellectuelles ou psychologiques (ignorance, préjugés, idées fausses), affectives, morales, sociales, fiscales, politiques, publicitaires, biologiques (baisse de la valeur biologique de l'alimentation) ; insistant sur ce dernier point, l'auteur montre que la prévention de l'alcoolisme réclame une alimentation suffisante, qualitativement et biologiquement. De même, la mauvaise qualité du vin est, en général, un facteur pathogène méconnu. Les remèdes proposés sont nombreux : le plus radical serait la réduction massive du vignoble ; l'européanisation du problème

apporterait la solution acceptable. Il faut appliquer strictement les lois et règlements en vigueur, multiplier les centres de désintoxication, favoriser et développer l'éducation anti-alcoolique.

V.-J. Durand.

L'alcool est-il un aliment énergétique ? par G. Laroche et J. Trémolières. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 30 juin 1953).

Bien que l'alcool soit oxydable par l'organisme et puisse fournir aux dépenses basales 7 calories par gramme, ces calories sont inutilisables pour le travail musculaire et la régulation thermique. L'alcool est un mauvais combustible qui nécessite pour son utilisation des éléments précieux de type vitaminique dont l'absence entraîne des lésions viscérales graves. A doses variables suivant les individus, il dérègle la machine cérébrale. Les observations des physiologistes et des explorateurs des régions polaires sont concordantes. Il semble que la dose de vin habituellement bien tolérée par l'adulte soit 940 cl. pour le travailleur de force, 740 cl. pour l'ouvrier et 600 cl. pour l'employé.

L. R.

L'évolution de l'alcoolisme et la législation, par Rouvillois et L. Derobert. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 30 juin 1953).

L'évolution de l'alcoolisme en France depuis 50 ans montre l'étroite corrélation qui existe entre la législation et le développement de l'alcoolisme. Les auteurs demandent à l'Académie d'émettre le vœu suivant, véritable cri d'alarme :

« L'Académie nationale de médecine, constatant :

que l'alcoolisme n'a jamais été aussi fréquent qu'à l'heure actuelle, sans qu'aucune mesure de barrage ait été décidée ;

qu'au contraire l'ensemble de l'armature législative n'a fait que le favoriser en facilitant la *production* de l'alcool (bouilleurs de cru, statut de l'alcool), et, par voie de conséquence, sa *consommation*, dans tous les milieux de la population française ;

émet le *vœu :*

que les pouvoirs publics, responsables de cet état de fait, prennent sans tarder des mesures capables d'arrêter l'évolution de l'alcoolisme ; parmi ces mesures, figurent au premier plan et en première urgence celles qui intéressent la *production* de l'alcool sous toutes ses formes. »

L. R.

ASSISTANCE

Le quartier pour les malades mentaux âgés· Les techniques pour leurs directives psychologiques, par R. Ginzberg. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 4, octobre 1953, p. 296).

Ce quartier doit comprendre, d'une part les vieillards chez lesquels la maladie mentale a débuté avant la vieillesse, d'autre part les sujets qui sont devenus psychotiques à un âge avancé. L'auteur a entrepris de traiter

ces malades en stimulant leur activité. La sphère émotive est souvent moins affectée que l'intellectuelle et cependant les techniques thérapeutiques ne tiennent pas compte de cette particularité. L'auteur a établi le traitement et la conduite psychologique de ces séniles en quatre phases comprenant : un groupe de thérapeutique occupationnelle ; une psychothérapie individuelle et de groupe ; l'entraînement des malades à se donner des soins personnels à l'intérieur de l'hôpital et, en cas de sortie, en dehors de l'hôpital ; enfin, l'organisation des rapports de ces sujets avec le milieu dans lequel ils doivent vivre. Ce programme, qui est déjà commencé, s'attache à guérir les seuls symptômes psychologiques qui sont réversibles.

L. Marchand.

Le psychologue dans la pratique psychiatrique journalière. (Lo psicologo nella pratica psichiatrica giornaliera), par H. J. Urban (d'Innsbruck, (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*,e. 14e année, fasc, 1-2 janvier-mars 1953, p. 50-68).

L'auteur envisage successivement, en se référant à l'exemple de la clinique neuro-psychiatrique d'Innsbrück, plusieurs questions : rôle du psychologue en psychiatrie (psychodiagnostic, psychothérapie, pédagogie médicale, thérapeutique de groupe et ergothérapie, assistance sociale), formation du psychologue, conditions d'une bonne collaboration de la psychiatrie et de la psychologie, position du psychologue à l'égard des tâches du psychiatre. Il faut viser à créer une communauté de travail favorisant les progrès dans les deux domaines.

V.-J. Durand.

Essai de délimitation de l'activité clinique du psychologue, par R. Nyssen (de Bruxelles). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14e année, fasc. 1-2, janvier-mars 1953, p. 69-84).

La psychologie et la psychiatrie sont deux sciences aux frontières mal délimitées ; elles sont tributaires l'une de l'autre. L'activité clinique du psychologue est multiple : participation autonome ou en collaboration médicale à la recherche scientifique en psychiatrie, application de méthodes psychologiques pour le diagnostic ou l'étude de la personnalité du malade, intervention psychologique dans le traitement ; ces divers rôles sont envisagés successivement. L'auteur rappelle les difficultés possibles, surtout dans le domaine de la psychothérapie et les conflits à redouter parfois.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Considérations sur les soins à donner aux vieillards, par Hollis E. Clow. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 110, n° 6, décembre 1953, p. 460).

Chez les vieillards, la crainte de perdre leur indépendance et leur identité cause des chocs émotifs. Ces troubles surviennent souvent bien avant leur incapacité. L'époque et le degré de cette déchéance varient sui-

vant les sujets, généralement après l'âge de 65 ans. Actuellement, de nombreux problèmes concernant les vieillards s'imposent et sont inévitables ; ils concernent la prévention de la désorganisation de leur personnalité et la stimulation des fonctions physiques et mentales qui persistent. L'augmentation du nombre des vieillards entraîne un problème social qui consiste à préciser leur emploi et leur sécurité. Les médecins et surtout les psychiatres doivent bien connaître les obligations que les vieillards nécessitent dans la communauté : emplois, budgets, hospitalisation, services religieux, soins médicaux. Des soins particuliers doivent être bien compris par leurs familles. Le milieu, dans lequel ils ont l'habitude de vivre, ne doit pas être modifié ; on doit les encourager à s'occuper de leurs affaires et à utiliser leurs souvenirs anciens. Dans les hôpitaux, le personnel doit être spécialisé ; les vieillards doivent trouver en lui un grand réconfort.

L. Marchand.

La place et la portée des infiltrations novocaïniques du cerveau préfrontal, par R. Soupault (de Paris). (*La Presse médicale*, 29 mai 1954).

La méthode, d'infiltrations novocaïniques préfrontales, permet d'obtenir sans aucun trouble grave, sans détérioration mentale, la sédation des douleurs irréductibles. Elle a pour but de remplacer la section aveugle et peu contrôlable des fibres cortico-thalamiques par une infiltration-dissociation limitée et rigoureusement contrôlable. L'auteur souligne l'intérêt des premiers résultats thérapeutiques obtenus par cette méthode par un mécanisme où entrent en jeu les inter-relations des organes internes et du cortex considéré comme une entité anatomique : le cerveau viscéral.

L. R.

La place et la portée des injections médicamenteuses intracérébrales comparativement aux interventions mutilantes et aux infiltrations novocaïniques du cerveau, par Paul Abély et Paul Guyot (de Paris). (*La Presse médicale*, 30 octobre 1954).

A la suite d'un récent article de M. R. Soupault, paru dans *La Presse médicale* du 29 mai 1954 et se rapportant aux infiltrations novocaïniques du cerveau, les auteurs comparent cette technique ainsi que les méthodes psycho-chirurgicales mutilantes, avec leur propre méthode des injections médicamenteuses intracérébrales qu'ils pratiquent depuis plus de quatre ans. Après quelques réflexions sur l'ancienne notion, depuis peu renouvelée, de la médecine psycho-somatique, notion à tendance trop arbitrairement extensive, ils estiment qu'il n'y a pas de médecine psycho-somatique ou psycho-somatique prédominante, mais une médecine tout court, laquelle s'appuie seulement sur une physiologie rationnelle du complexe diencéphalo-cortical.

A la conception de destruction anatomique des connexions afférentes ou efférentes de ce complexe, ils préfèrent une technique plus nuancée, modificatrice et non destructive. Une telle technique, pour n'être ni mutilante, ni trop dilacérante et nécrosante, doit s'inspirer du souci constant de diminuer au maximum la quantité du liquide injecté (qui ne doit jamais dépasser au plus 5 cm^3, tout en restant aussi efficace dans son action), d'être très

lente et très localisée dans son point d'injection ; cela en raison de la fragilité particulière du tissu cérébral, qui ne s'infiltre pas facilement, qui est inconsistant et propre à la déchirure. Même avec ces précautions essentielles, il est encore impossible de connaître exactement le territoire de diffusion et la rapidité d'expansion de la substance ainsi injectée.

C'est dans ce sens que se poursuivent leurs intéressantes recherches.

L. R.

Infiltrations péricarotidiennes de novocaïne : action électro-clinique dans l'état de mal épileptique, par P. Passouant et J. Minvielle. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 mars 1953).

Les auteurs ont pratiqué, sous contrôle électro-encéphalographique, une injection de novocaïne autour de la bifurcation carotidienne chez sept malades en état de mal. Chez deux d'entre eux, les crises ont été immédiatement arrêtées et ne se sont pas reproduites ; chez deux autres, l'infiltration a produit une rémission de plusieurs jours ; les crises ont persisté chez trois malades. Les sujets qui ont le plus bénéficié de l'infiltration étaient des enfants en bas-âge, sans antécédents épileptiques, traités quelques heures après le début de l'état de mal, avec anomalies électriques prédominant sur un hémisphère.

L. R.

Etude statistique des résultats éloignés de la chirurgie de l'épilepsie, par Jean Guillaume, G. Mazars et Y. Mazars (de Paris). (*La Presse médicale*, 20 juin 1953).

Résultats du traitement chirurgical de l'épilepsie chez des malades observés avec un recul portant pour certains sur plus de quatre ans : excellents ou bons chez 70 % environ des malades, tandis que 20 % sont améliorés dans une proportion variable. Résultats relatifs à des épileptiques graves, mal ou non contrôlés par les médications anti-épileptiques.

Les échecs partiels ou complets sont essentiellement dus à l'impossibilité de poursuivre la résection de la zone corticale épileptogène sans risquer de créer un déficit moteur ou sensoriel ou un trouble de la parole lorsque cette zone empiète sur une représentation corticale importante. La sélection des cas opérables est essentiellement basée sur des critères électro-encéphalographiques. Au cours de l'intervention, contrôles corticographiques après chaque extension de la résection jusqu'à disparition de toute activité anormale.

Les auteurs concluent que la bénignité de l'intervention, la qualité des résultats obtenus dans ces formes d'épilepsie corticales graves autorisent à appliquer cette thérapeutique chirurgicale à des formes peut-être moins sévères, si les critères électro-encéphalographiques se montrent particulièrement favorables. Cette extension des indications peut permettre également dans certains cas de découvrir et de traiter une néoformation à évolution très lente dont la seule expression clinique est un état comitial.

L. R.

Introduction à la chirurgie cérébrale fonctionnelle. (Introduzione alla chirurgia cerebrale funzionale), par Domenico Pisani (de Messine). (*Il lavoro neuropsichiatrico*, vol. 11, fasc. 1, 1952, un extrait de 28 pages).

Dans cette communication au 25e Congrès de la « Societa italiana di Psichiatria », à Taormina (29 septembre-3 octobre 1951), l'auteur rappelle les principes des diverses interventions psychochirurgicales, en indique les modalités d'action, puis étudie les nombreuses théories proposées pour expliquer leurs résultats et leurs conséquences physiologiques. En conclusion, la psychochirurgie, pour lui, agirait sur le mécanisme pathogénique univoque des diverses névroses et des diverses psychoses fonctionnelles.

V.-J. Durand.

Problèmes et expériences de psychochirurgie. (Argomenti ed esperienze di psicochirurgia), par D. Angrisani, S. Pellicano et E. Zara (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 20e année, fasc. 2, avril-juin 1952, p. 97-150).

Après un rappel historique du développement de la psycho-chirurgie, des hypothèses sur le mécanisme d'action, de quelques statistiques et de diverses données biologiques post-opératoires, les auteurs présentent leurs résultats personnels chez 39 malades, après leucotomie transorbitaire. Il y a eu 33 échecs (84,6 %), 4 améliorations nettes (10,2 %), deux améliorations légères et transitoires (5,1 %). Les auteurs pensent que la psycho-chirurgie manque de base théorique. Le seul mérite qu'ils veulent lui reconnaître est d'avoir incité à des études histopathologiques et d'avoir permis de vérifier certains faits de physiologie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Leucotomie préfrontale tentée pour la prévention des accès périodiques maniaques-dépressifs, par G. H. Stevenson et A. Mc Causland. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 9, mars 1953, p. 662).

Pour prévenir la rechute des troubles mentaux chez les sujets atteints de psychose maniaque-dépressive, on peut leur faire subir un électrochoc tous les mois. Cette méthode, qui donne de bons résultats, a le défaut d'être désagréable aux malades et de devoir être prolongée longtemps. La « leucotomie prophylactique » peut aussi prévenir le retour des accès. Rapport concernant six cas. Les malades suivis pendant quatre ans n'ont plus présenté de troubles. D'après les auteurs, « l'électrochoc prophylactique », à raison d'un électrochoc mensuel, convient aux malades qui ont eu plus de deux accès en cinq ans ; la « leucotomie prophylactique » doit être réservée aux sujets qui n'ont pas répondu favorablement à l'électrochoc prophylactique ou qui présentent une aversion marquée pour le traitement électroconvulsif mensuel. A part un certain degré d'apathie post-opératoire d'une durée variable, les auteurs n'ont pas noté de modification importante de la personnalité.

L. Marchand.

Pronostic concernant la lobotomie frontale au moyen de l'échelle Malamud, par W. Freeman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 8, février 1953, p. 595).

Le problème le plus délicat pour le psychiatre et le neuro-chirurgien est de prévoir chez les malades quelle sera l'action favorable ou non de la lobotomie. Afin de préciser les facteurs de bon ou de mauvais pronostic, l'auteur a examiné plus de mille sujets, avant et plusieurs années après la lobotomie, au moyen de l'échelle de Malamud. Les indications favorables comprennent les états suivants : anxiété, affectivité labile, obsessions, hypocondrie, impulsions, autoviolences (automutilation, suicide) ; les indications défavorables sont les hallucinations, les illusions, les propos décousus et incohérents, les violences exercées sur les personnes et les objets, l'apathie, la stupeur. L'humeur du sujet, quelle qu'elle soit, ne donne aucune indication pour le pronostic. D'après cette étude portant sur plus de mille lobotomisés, on arrive au paradoxe curieux que ce sont surtout les sujets qui présentent des symptômes défavorables qui sont opérés. L'auteur demande qu'en utilisant l'échelle de Malamud, une sélection plus restreinte soit faite parmi les sujets qui doivent être lobotomisés.

L. Marchand.

Degré des gains acquis après la lobotomie ; étude de mille cas, par W. Freeman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 4, octobre 1953, p. 269).

Les résultats ont été divisés en deux groupes basés sur la récupération sociale des malades deux ans après la lobotomie préfrontale et un an après la lobotomie transorbitaire. Sur les 1.000 cas suivis, 444 ont présenté une bonne récupération et 576 une mauvaise. C'est à la fin de la seconde année après la lobotomie préfrontale et un an après la lobotomie transorbitaire que la stabilisation de l'état mental peut être considérée comme atteinte. Il y a des sujets qui, après la lobotomie, se conduisent mieux dans le milieu social qu'avant leur maladie. D'autres reprennent leur même niveau social et l'auteur donne comme exemple des magistrats, des chefs d'entreprise, des ingénieurs, et même un médecin, qui ont pu reprendre leur activité. Plus nombreux sont ceux qui, bien que pouvant vivre chez eux, sont plus lents, moins soigneux, nécessitent une adaptation familiale. Le principal facteur qui permet d'obtenir un bon résultat est la courte durée de la maladie mentale. Puisque, après la lobotomie, les activités dans la vie ordinaire et la compétence professionnelle peuvent être conservées, il en découle que, dans les cas où l'on note une altération de la personnalité, celle-ci ne peut être attribuée à la lobotomie mais à la maladie mentale qui continue à évoluer. Il ne faut donc pas attendre pour opérer. La lobotomie transorbitaire donne de meilleurs résultats que la lobotomie préfrontale, excepté toutefois pour la schizophrénie hébéphrénique.

L. Marchand.

Clinique de la leucotomie, par M. Müller (de Münsingen). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67/2, p. 338).

Discussion du problème de la leucotomie. L'auteur précise les indications de cette intervention, qui n'est pas une thérapeutique causale, mais élimine

seulement certains symptômes psychopathologiques. Les succès sont plus réguliers et plus durables dans les hypocondries, les mélancolies involutives chroniques et les névroses obsessionnelles que dans la schizophrénie, où un cinquième des opérés seulement peut quitter l'hôpital. Il peut parfois y avoir aggravation. Esquisse des altérations de la personnalité engendrées par la leucotomie : elle frappe surtout les facultés psychiques les plus différenciées. Considérations sur le mode d'action de la leucotomie, la relation entre ses effets curatifs et les déficits psychiques concomitants, question aujourd'hui si confuse que sa solution paraît encore très lointaine. Il n'est pas possible de dire si, selon la nature du cas, on doit rechercher une altération de la personnalité compensatrice quantitativement des symptômes maladifs ou si l'on peut espérer supprimer ceux-ci électivement par la topectomie en ménageant au maximum la personnalité. Ce dernier point de vue reste l'idéal, que l'expérience et les progrès de la technique permettront peut-être un jour de réaliser.

* L'auteur conclut que la méthode mérite d'être perfectionnée, mais que, dans l'état actuel, elle est une méthode aveugle et de hasard, interdisant tout pronostic. Il faut tendre à augmenter les chances de succès en précisant mieux les indications par une étude plus serrée des cas particuliers.

H. Bersot.

Expérience zurichoise des schizophrènes leucotomisés, par Wadim-Ulrich Rorschach. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67/2, p. 355).

Conclusions relatives aux 71 premiers schizophrènes leucotomisés à Zürich. L'indication n'a été posée que dans les cas chroniques graves présentant de violentes réactions affectives. Les résultats correspondent aux statistiques internationales : pas de guérison complète, un à deux malades opérés, sur dix, peuvent quitter l'hôpital, deux tiers environ d'améliorations légères, un quart environ d'insuccès ; la malpropreté peut s'aggraver (mais non l'agitation ni les impulsions dangereuses). Sous réserve de vérification sur une plus grande échelle, le pronostic de l'opération est, comme celui de la schizophrénie en général, et celui de la thérapeutique de choc : meilleur dans les cas à début aigu et sans troubles psychopathologiques antérieurs à la schizophrénie. Les indications ne sont cependant pas les mêmes que celles de la thérapeutique de choc qui, au contraire de la leucotomie, comprend surtout les cas où s'observe une tendance spontanée à des rémissions périodiques. Pronostic aggravé par une hérédité chargée au point de vue psychopathique, mais non par une hérédité chargée au point de vue schizophrénique. Il serait utile à l'avenir de préciser les types constitutionnels de schizophrénie les plus susceptibles de bons résultats par la leucotomie.

H. Bersot.

Considérations sur la psychothérapie après lobotomie, par Mme S. Cosyns-Dureb (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mai 1954).

Importance, caractère indispensable et modalités de la psychothérapie après lobotomie. Problème thérapeutique double : 1° rééducation et réadaptation

de l'opéré en vue de sa réintégration familiale et sociale ; 2° traitement éventuel du reliquat des troubles mentaux.

La psychothérapie des leucotomisés ne peut pas se concevoir comme une thérapeutique vague, encourageante, peu systématisée, et pas davantage comme une méthode d'inspiration psychanalytique. Elle doit être directive et rationnelle. Si, dans certains cas, une thérapeutique persuasive, bénéficiant du contact affectif qui s'établit entre le malade et le thérapeute, peut suffire à faire disparaître rapidement toute séquelle psychique morbide, dans d'autres cas, une thérapeutique longue et plus profonde pourra s'imposer. Sans ce long travail psychothérapique, la lobotomie « est une intervention inutile et même dangereuse ».

L. R.

Douleur intolérable et leucotomie transorbitaire. (Dolore intollerabile e leucotomia transorbitaria), par Edoardo Balduzzi (de Varese). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 76, fasc. 3, 1952, un extrait de 40 pages).

Etudiant tout d'abord les fondements anatomo-physiologiques de la douleur, l'auteur envisage ensuite la question des souffrances intolérables. Il rapproche celles-ci des états délirants, allant des plus élémentaires aux plus différenciés. La découverte de la psychochirurgie a permis d'importants progrès dans l'étude de cette question. Parmi les techniques utilisées, la leucotomie transorbitaire par la méthode se montre spécialement intéressante, par sa simplicité, son efficacité, son innocuité. Neuf observations sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Est-il bien sûr qu'il existe une thérapeutique narcobiotique ?, par H. Laborit (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 juin 1954).

A la faveur d'un néologisme, conclut l'auteur, la narcobiose reprend avec des techniques qui n'ont rien d'original le vieux concept unitaire de la narcose. Elle est aujourd'hui inacceptable dans l'universalité que certains veulent lui attribuer. En tant qu'hypothèse explicative, en ce qui concerne l'utilisation des dérivés de la phénothiazine en particulier, elle ne permet pas d'interpréter de nombreux faits expérimentaux et cliniques parmi lesquels la potentialisation d'action et l'action préférentielle sur certaines structures cellulaires. Elle se trouve infirmée par l'absence d'inhibition fonctionnelle de la cortico-surrénale, de l'hypophyse à l'état physiologique. Enfin, sous une apparente simplicité, elle n'apporte absolument rien à des thérapeutiques qui ont vu le jour sans elle, et dont les indications se sont établies sur un concept physio-pathologique qui ne lui doit rien. Au contraire, elle risque d'être dangereuse en faisant croire à la toute-puissance d'une drogue, et en inférant de ce qui se passe sur l'être unicellulaire à ce qui se passe chez les mammifères et l'homme. L'apparition de systèmes corrélatifs et la différenciation cellulaire de ceux-ci font de la généralisation précédente une hypothèse insoutenable, dont l'insuffisance ne peut qu'apporter des arguments en faveur des principes sur lesquels ont été établies l'anesthésie potentialisée et l'hibernation artificielle.

L. R.

L'action neuroleptique de la chlorpromazine en thérapeutique psychiatrique, par J. Delay et P. Deniker. (*Sud médical et chirurgical*, t. 87, 30 juin 1954, p. 3289-3296).

Les auteurs soulignent l'intérêt que présente l'utilisation de la chlorpromazine, dont ils ont été parmi les premiers à préciser les indications. Ils distinguent nettement la conduite de ce traitement à la fois de la cure de sommeil et de l'hibernation artificielle. Les applications psychiatriques restent fondamentales et l'action de la drogue dans les états d'excitation et d'agitation est comparable par son efficacité à celle de l'électro-choc dans les états mélancoliques et anxieux. Mais les indications « symptomatiques » de la chlorpromazine sont très étendues, qu'il s'agisse de psychoses ou de névroses, et l'on a obtenu des résultats favorables dans certaines affections neurologiques, telles que les chorées ou certains états parkinsoniens. Si l'hypotension posturale nécessite des précautions faciles à imposer, les incidents graves sont pratiquement nuls. Le mode d'action de la chlorpromazine reste obscur : le blocage du réflexe orthostatique doit être souligné et l'effet général obtenu n'est pas un véritable sommeil mais un état de désintérêt spécial, que les auteurs ont pu appeler « syndrome psychique de la chlorpromazine ». L'action sur le système neuro-végétatif surtout central est évidente, mais son mécanisme exact reste discuté. En tant que procédé thérapeutique, ce traitement s'oppose aux méthodes de choc, qui agissent par stimulation, et il constitue une véritable cure « neuroleptique », se rattachant aux hibernothérapies, où l'effet recherché est la mise au repos maxima.

J. Alliez.

L'utilisation des propriétés neuroplégiques du chlorhydrate de chloro-3-(diméthylamino-3'-propyl)-10-phénothiazine en thérapeutique neuropsychiatrique, par J. Sigwald et D. Bouttier. (*La Presse médicale*, 25 avril 1953).

Le chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3'-propyl)-10-phénothiazine (4560 R.P.-chloropromazine) a des activités neuroplégiques diverses qui peuvent être largement utilisées en pratique. Une étude portant sur 48 cas de pratique psychiatrique courante montre l'action souvent remarquable de cette thérapeutique nouvelle dans le traitement d'états anxieux, de dépressions, d'obsessions, de cénesthopathies, de psychasthénie accentuée, d'état d'hyperexcitabilité ; des résultats favorables ont été également obtenus dans le traitement de psychoses délirantes chroniques interprétatives ou hallucinatoires. L'action est plus suspensive que curative, mais des guérisons ont succédé à des traitements prolongés. Aucun inconvénient sérieux n'est à signaler. En pratique neurologique, ce corps a une action antialgique propre quelquefois utile, il est hypnogène et influence favorablement le syndrome post-commotionnel.

L. R.

Premiers résultats de l'emploi d'un neuroplégique (4560 R.P.) en psychiatrie, par P. Nayrac, P. Graux, J. Caron et G. Lescut. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 26 juin 1953).

55 femmes ont été soumises à une cure de 4560 R.P., à dose quotidienne faible d'abord, puis à raison de 150 mg. par voie intramusculaire, en trois

injections, pendant une durée variant entre 21 et 40 jours, le médicament étant ensuite donné par la bouche, pendant un mois.

La manie (huit cas traités : sept guérisons, une amélioration), les psychoses puerpérales (six cas traités et guéris) paraissent devoir à l'avenir relever du 4560 R.P. ; les états dépressifs et anxieux (vingt-deux cas traités : seize guérisons, cinq améliorations, un échec), obéissent bien à ce médicament, qui a fait céder facilement trois syndromes schizophréniques récents ; deux anciens schizophréniques, évoluant vers la démence précoce, ont été nettement améliorés. Deux névroses, un syndrome post-commotionnel tardif, une turbulence épileptique ont été guéris. Etats mixtes maniaco-mélancoliques et délires chroniques paraissent aussi, en général, favorablement influencés par la cure. Mais il faut se rappeler qu'une infection peut être favorisée par ce traitement.

L. R.

Premiers résultats enregistrés au cours du traitement des états d'agitation aiguë par le 4560 R.P., par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J.-P. Temple et Ch. Boudet. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 mars 1953).

Les auteurs ont utilisé le 4560 R.P. au cours de dix cas d'agitation confusionnelle de nature diverse dont on doit surtout mentionner les bouffées délirantes des éthyliques et les confusions post-critiques prolongées des épileptiques. Dans le delirium tremens, l'efficacité est rapide, la normalisation clinique s'obtenant dans la règle, en moins de 48 heures. L'utilisation exclusive de cette médication, dans plusieurs observations, est en faveur de son rôle neuroplégique.

L. R.

Traitement de l'excitation psycho-motrice chez l'enfant par le 4560 R.P. par G. Heuyer, Giraud et Galibert. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 7 juillet 1953).

Les auteurs ont traité les cas d'agitation motrice et d'excitation maniaque, ou hypomaniaque, chez l'enfant, par le 4560 R.P., produit dérivé de la phénothiazine. L'intérêt de ce médicament est de provoquer une sédation temporaire que l'on peut prolonger à volonté, soit pour pratiquer une psychothérapie, soit pour amener une détente dans le climat familial ou dans une collectivité d'enfants.

Faute d'une posologie nettement établie chez l'enfant, il serait intéressant de renouveler cette expérience en augmentant les doses et la durée d'administration.

L. R.

Effet du 4560 R.P. sur un syndrome psychiatrique accompagnant une polyarthrite aiguë, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et Ch. Boudet. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 mars 1953).

Les auteurs ont observé, sous l'influence du 4560 R.P. et après avoir fait la preuve de l'inefficacité des moyens thérapeutiques habituels (en parti-

culier sismothérapie), la guérison rapide d'un syndrome confusionnel subaigu, évoluant chez un adulte sans passé articulaire, parallèlement à une polyarthrite aiguë de nature indéterminée. La normalisation du tableau psychiatrique, caractérisé par l'alternance d'agitation, d'oppositionnisme et de manifestations catatoniques, jointe à la normalisation électro-encéphalographique (anomalies diffuses de type méningo-encéphalitique), doit être rapprochée de l'action remarquable de la drogue déjà signalée par certains au cours des encéphalites aiguës.

L. R.

Action du 4560 R.P. sur les délires avec agitation des traumatisés craniens, par Yves Touraine (de Lyon) (*La Presse médicale*, 28 mars 1953).

Cinq observations concernant des délires observés dans la phase secondaire des traumatismes craniens sévères ; les auteurs ont fait usage du 4560 R.P. après échec des traitements classiques : novocaïne, barbituriques, phénergan, associés aux vitamines PP et B1 lorsqu'un terrain alcoolique pouvait être soupçonné. Ils ont constaté une disparition du délire, de l'agitation, en même temps que de l'hyperthermie remplacée par une discrète et transitoire hypothermie. Le traitement terminé, le retour rapide à un psychisme normal fut habituel (*quatre fois sur cinq*).

L. R.

Utilisation du 4560 R.P. chez les épileptiques internés, par R. Lafon N. Duc, Vidal et J. Minvielle. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 mars 1953).

Les auteurs ont utilisé chez sept épileptiques internés le 4560 R.P. à la dose de 50 mg. par jour comme potentialisateur du traitement anti-épileptique constitué principalement par du gardénal ; ils ont constaté une diminution considérable du nombre des crises et une amélioration inconstante et irrégulière des troubles caractériels.

L. R.

Les possibilités de la thérapeutique neuroplégique dans les encéphalites des maladies infectieuses du jeune enfant. Essais de la chloropromazine (4560 R.P.), par M. Janbon, L. Bertrand, J. Salvaing et M. Ribstein. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 mars 1953).

Six nourrissons (de 2 à 14 mois), atteints d'encéphalite sévère compliquant des états infectieux (rougeole, coqueluche, grippe), ont été traités par le 4560 R.P. par voie musculaire ou par perfusion. Chez quatre, le succès fut rapide et spectaculaire ; deux sont morts, dont l'un après une survie prolongée de un mois absolument inattendue. L'action du médicament est immédiate (voie veineuse), ou retardée (voie musculaire) et, surtout, remarquable sur l'état de mal convulsif, l'œdème pulmonaire et les états de collapsus. 6 à 12 mg. sont nécessaires par injection et doivent être renouvelés en moyenne quatre fois par 24 heures.

La première impression d'ensemble des auteurs est très favorable. Les indications du neuroplégique doivent être précisées par une expérience plus étendue.

L. R.

A propos d'un cas d'encéphalite typhoïdique traitée par l'hibernation artificielle, par H. Collomb et F. Gaspard. (*Réunions médico-chirurgicales de Saïgon-Cholon*, séance du 5 juin 1953).

Encéphalite typhoïdique grave hibernée avec succès pendant six jours. La technique employée s'écarte légèrement du schéma-type indiqué par Laborit et Huguenard. Quinze jours après une guérison parfaite, rechute fébrile accompagnée de manifestations délirantes pour lesquelles la responsabilité de l'hibernation ne peut être absolument écartée.

L. R.

Hibernation artificielle, guérison d'un cas désespéré de méningite traumatique, par J. Francillon, Rontenberg et Lacharne. (*Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, séance du 4 juin 1953).

Traumatisme cranien : état stationnaire pendant sept jours, avec une courbe thermique normale ; le huitième jour, brusquement, la température monte à 39° avec en même temps perte de conscience, raideurs, cyanose, stertor, Babinski bilatéral, perte de la déglutition. A la ponction lombaire, liquide purulent. Devant l'état désespéré, les auteurs décident de tenter une hibernation artificielle, qui fut prolongée pendant sept jours et difficile à entretenir du fait de la résistance du sujet. Un seul incident est survenu le cinquième jour : défaillance circulatoire rapidement ramenée à la normale par une perfusion rapide. Actuellement, guérison complète sans séquelles neurologiques.

L. R.

Hibernothérapie et neuro-chirurgie. Réflexions sur 72 cas, par G. Lazorthes et L. Campan. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 13 mai 1953).

Après avoir rappelé la pathogénie du syndrome végétatif neuro-chirurgical pour le traitement duquel les blocages loco-régionaux sont inapplicables, les auteurs estiment que le blocage général pharmacodynamique trouve dans ce domaine une médication de choix et développent les arguments en faveur de cette idée.

L'hibernation peut rendre opérables certains cas désespérés. En période per-opératoire (opérations axiales et para-axiales surtout), elle constitue, non seulement une prophylaxie des dérèglements végétatifs, mais encore une bonne méthode d'hypotension contrôlée. Dans les suites, elle paraît la meilleure thérapeutique de la maladie post-opératoire. Dans les traumatismes craniens graves, ses avantages sont du même ordre, avec cette réserve qu'elle peut apporter une amélioration provisoire, estomper certaines indications opératoires et, quelquefois, faire durer plus que guérir.

L. R.

Potentialisation électrochoc-prostigmine en thérapeutique psychiatrique. (Potenziamento electtroschock-prostigmina in terapia psichiatrica), par Luigi Ruiu (de Sassari). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 1, 1953, p. 155-158).

L'auteur a traité dix-huit schizophrènes par électro-choc, trente minutes après une injection de prostigmine. Dans 45 % des cas, fut observée une amélioration nette faisant apparaître ce traitement comme plus efficace que l'électro-choc simple.

V.-J. Durand.

Electrochoc et prurit. (Electrochoque e prurido), par Georges Alakija et Ceraldo Cordeiro (de Bahia). (*Neurobiologia*, Recife, t. 15, n° 2, juin 1952, p. 89-96).

Les auteurs ont utilisé l'électro-choc dans cinq cas de prurit ; il y a eu exacerbation dans un cas, rémission partielle dans trois, et rémission complète dans un. Quelques considérations sont faites sur le prurit, sa thérapeutique habituelle, ainsi que sur les problèmes psycho-somatiques posés par ce symptôme. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur les troubles de la mémoire chez les sujets traités par l'électrochoc. (Sui disturbi della memoria nei soggetti trattati con elettroshock), par Domenico Gherarducci (de Pise). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 5-6, septembre-octobre 1952, p. 445-471).

Après une revue générale de la question, l'auteur décrit les troubles de la mémoire observés chez 2.776 malades traités par électro-choc d'avril 1946 à avril 1952. Discutant le mécanisme pathogénique probable de ces manifestations, il conclut que les troubles mnésiques plus ou moins graves consécutifs à cette méthode de traitement ne sont pas une raison pour renoncer à un procédé efficace, qu'il est préférable de ne soumettre les malades âgés à l'électro-choc que si c'est indispensable, enfin que les applications rapprochées ou « l'annihilation » doivent être réservées exclusivement aux cas très graves de dépression anxieuse. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Thrombose coronaire mortelle suivant immédiatement l'électrochocthérapie convulsive, par G. C. Sisler et J. G. Wilt. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 5, novembre 1953, p. 354).

Après avoir rappelé les cas de mort de cause cardiaque au cours de l'électrochocthérapie, les auteurs publient deux cas. Le premier a trait à un sujet de 50 ans et le second à un sujet de 60 ans. Ces cas sont remarquables parce que la mort est survenue trente minutes après le choc convulsif. Le premier malade avait été atteint huit mois auparavant d'une occlusion coronarienne aiguë, dont il était guéri. Dans les deux cas, l'autopsie décela des lésions anciennes artério-scléreuses du cœur. Chez le premier malade, outre les séquelles de son infarctus du myocarde, on nota la thrombose récente de

trois coronaires et chez le second la thrombose récente de deux coronaires. La cause de ces thromboses est inconnue. Les auteurs proposent comme hypothèse l'hémoconcentration post-choc, qui est diminuée par la curarisation, l'effort physique, l'hypotension avec bradycardie et arythmie. Ils recommandent, au cours de l'électrochocthérapie chez les artério-scléreux, de protéger le système cardio-vasculaire de l'influence vagale par de fortes doses d'atropine et de l'effort musculaire par l'administration d'oxygène et une complète ou presque complète relaxation musculaire par le curare.

L. Marchand.

Un cas fatal d'électrochocthérapie, par G. S. Rogg. (*Delaware State Medical Journal*, août 1953, et *The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 6, décembre 1953, p. 473).

Une femme de 50 ans meurt 35 minutes après un second électro-choc. Elle présentait des troubles mentaux depuis quatre mois ; elle était obèse, souffrait d'ulcères variqueux aux deux membres inférieurs. L'examen anatomopathologique décela une embolie pulmonaire ayant « le diamètre d'un crayon et une longueur de deux pouces ». L'auteur suggère que des précautions doivent être prises chez les sujets qui présentent des veines variqueuses.

L. Marchand.

Applications thérapeutiques de l'électrostimulation, par Yves Rouleau et Marcel Bouchard. (*Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 2, février 1953, un extrait de 16 pages).

L'électro-stimulation est une excitation de bas ampérage (de 2 à 200 m.A.) que les auteurs ont utilisée avec l'électro-stimulateur de Reiter et avec le « brief stimulus » de Liberson. Les électrodes sont placées en position temporo-pariétale. Dans les comas barbituriques et d'autres comas toxiques, l'application prolongée agit en stimulant la respiration et en amenant un réveil rapide (quatre observations sont rapportées). En psychiatrie, il faut d'abord anesthésier le malade par le pentothal ; la durée de passage du courant est de trois à dix minutes. Dix-neuf résumés d'observations rapportés ici montrent que l'efficacité est surtout remarquable dans l'anxiété. Au contraire, l'insomnie et l'état dépressif sont rebelles. Le traitement est actif pour certains troubles cénesthésiques. En conclusion, l'électro-stimulation est un auxiliaire très utile dans les états d'inhibition toxique poussés jusqu'au coma et un procédé valable contre l'anxiété.

V.-J. Durand.

La cure des états d'excitation avec considération particulière du bromure de tétraéthylammonium. (La cura degli stati d'eccitazione con particolare riguardo di bromuro di tetraetilammonio), par A. Poloni (de Bergame). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 1210 1219).

Rappelant combien est parfois décevante la thérapeutique des états d'excitation malgré les progrès récents, l'auteur rapporte les résultats encoura-

geants obtenus par lui avec le bromure de tétraéthylammonium. Sur 30 cas d'excitation, 26 furent nettement améliorés au quatrième jour, deux injections étant faites quotidiennement. L'efficacité du médicament s'est montrée indépendante de toute cure par électro-choc. La possibilité d'une action centrale est très probable pour expliquer les résultats observés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Déshydratation et délires aigus, par Jean Delay, P. Deniker et Fourment (de Paris) (*La Presse médicale*, 29 mai 1954).

Les psychoses aiguës réalisent souvent, soit un syndrome de déshydratation cellulaire isolée, soit un syndrome de déshydratation globale. Certains des symptômes peuvent être provoqués ou aggravés par la déshydratation. Une réhydratation massive doit être associée aux traitements habituels des psychoses aiguës.

L. R.

Recherches sur la médication phosphorée et calcique, par Canals, Marignan et Mlle Cordier. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 28 juillet 1953).

Pour préciser l'assimilation du phosphore phytique, les auteurs ont utilisé une phytine marquée par le phosphore radio-actif ; elle s'est montrée beaucoup plus assimilable chez les herbivores que chez les carnivores ; chez les rats habituellement considérés comme des omnivores, la proportion de phosphore fixé est encore plus élevée que chez le lapin ; chez les souris, la phytine est moins bien assimilée que le phosphate minéral. La perturbation produite par la phytine dans la fixation du calcium par le tissu osseux a été étudiée avec le radio-calcium et ne s'est manifestée qu'avec des doses élevées.

L. R.

Accidents sanguins dus au sedormid, par Mlle S. Bloch et I. Kempf. (*Société de médecine de Strasbourg*, séance du 25 avril 1953).

Observation d'un homme ayant fait un purpura hémorragique généralisé, consécutif à l'absorption de sedormid, avec thrombocytopénie, altération de la rétraction du caillot, signes de fragilité capillaire. A propos de ce cas, les auteurs passent en revue les théories pathogéniques actuelles des accidents sanguins au sedormid et citent en particulier les travaux d'Ackroyd qui tendent à expliquer les accidents par un mécanisme immunolytique : réaction antigène-anticorps, ce qui permet de classer ces purpuras thrombopéniques dans le cadre des maladies d'auto-agression définies par Tzanck, Dausset et d'autres auteurs. Ils signalent que ce malade était un ancien paralytique général actuellement stabilisé et présentait en plus une amyotrophie, type Aran-Duchenne. Ils posent, sans le résoudre, le problème des relations possibles entre son atteinte nerveuse et son hypersensibilité médicamenteuse.

L. R.

Des acroparesthésies nocturnes et de leur traitement par les courants de haute fréquence redressés, par R. Lacassie (La Teste-Gironde). (*La Presse médicale*, 20 juin 1953).

Les acroparesthésies nocturnes résultent de troubles statiques nocturnes entraînant d'importantes modifications des rapports anatomiques. La profondeur du sommeil augmentant le seuil de la sensibilité fixe l'attitude acroparesthésiogène en inhibant tout mouvement antagoniste. La répétition nycthémérale du sommeil assure le retour régulier de l'ensemble des troubles ainsi provoqués.

Les courants de haute fréquence redressée paraissent à l'auteur constituer une thérapeutique supérieure à toutes celles actuellement opposées au syndrome de Schultze. Dans sept cas d'acroparesthésie banale des membres supérieurs et dans deux cas de syndrome des jambes sans repos, il a pu obtenir des rémissions, parfois spectaculaires, de durée inconnue jusqu'à ce jour.

L. R.

Contribution à un symposium sur la thérapeutique de groupe. (Contribution to a symposium on group therapy), par H. Sydney Klein. (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25, n° 4, 1952, p. 223-228).

La thérapeutique de groupe révèle certaines grandes tendances et certaines relations interpersonnelles peu apparentes dans le traitement individuel, en particulier chez les malades qui cherchent à éviter la réalité extérieure. Cependant, les mécanismes de défense importants sont très difficiles à reconnaître dans la situation de groupe qui peut masquer les réactions anxieuses et favoriser les tendances régressives. Bien que susceptible d'élargir le domaine de la recherche, ce procédé paraît à l'auteur moins efficace que le traitement individuel pour comprendre les problèmes psychologiques.

V.-J. Durand.

Musique et psychothérapie, par Eugène Frey (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67 p. 274).

Plusieurs exemples destinés à montrer que, chez des personnes en état d'hypnose, les sons et la musique agissent nettement sur le subconscient. Sutermeister et Pontvik ont aussi mis en relief l'influence à la fois apaisante et stimulante de la musique sur l'auditeur à l'état de veille. M. Frey analyse le mécanisme de cette action : impression esthétique, effet biopsychologique, comme l'illustrent les synesthésies opto-acoustiques, influence dynamique dans la sphère affective ou spirituelle ; d'une façon générale, action des tendances spontanées de l'inconscient vers un équilibre qui reflète celui d'une musique appropriée. De plus amples expériences permettront de mettre au point la technique de cette méthode thérapeutique.

H. Bersot.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LEGALE

L'application pratique de la loi de défense sociale, par le Dr Ch. Andersen. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, octobre 1954).

La loi de défense sociale réalise une collaboration constante du juriste, du médecin et du sociologue. Chacun y apporte sa conception particulière des notions de responsabilité, anomalie mentale, faute, châtiment. La confrontation de ces notions permet une compréhension des problèmes criminologiques sur un plan humain et moral supérieur. Au point de vue pratique, cette collaboration, réalisée dans un climat de respect et de compréhension réciproques, permet des décisions et des mesures plus saines et plus logiques qui tiennent compte de la personnalité du délinquant, des nécessités d'une bonne justice et des possibilités de l'organisation sociale.

La libre discussion des rapports psychiatriques préalable au jugement, la coopération, pleine de bonne volonté des membres des commissions psychiatriques, sont les véritables facteurs du succès de la loi.

A cette loi, bonne en son essence, des modifications d'application ont été apportées grâce à l'expérience pratique de ceux qui en assurent l'exécution. L'auteur estime qu'il serait utile de prévoir aussi une instance médicale de contrôle et d'appel pour les rapports psychiatriques et une collaboration plus étroite des parquets et de la police pour faciliter la tutelle des internés libérés. De même, la gamme des mesures que les commissions psychiatriques sont autorisées à prendre, pourrait être élargie ; le service social de tutelle et surveillance pourrait être renforcé et spécialisé davantage au point de vue psychiatrique.

L. R.

Le rôle de l'avocat dans les nouvelles procédures de défense sociale, par G.-A. Ugeux. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, octobre 1954).

Les nouvelles procédures de défense sociale visées par l'auteur sont celles comportant la non-communication au prévenu de son dossier de personnalité ou, en tout cas, des éléments de ce dossier dont la connaissance peut lui être néfaste, ainsi que la représentation, par son avocat, du prévenu exclu de l'audience, lorsque ces éléments sont discutés. L'utilité de ces procédures a été soulignée à de nombreuses reprises par des juristes et des médecins. Elles ont été consacrées par diverses législations étrangères. Elles ont été discutées au Cycle européen d'études ainsi que lors du IIIe Congrès international de défense sociale tenu à Anvers. M. Ugeux suggère un ensemble de modalités et de garanties de nature à assurer que les procédures nouvelles ne nuisent pas à la défense du prévenu. Il expose le rôle nouveau que l'avocat sera appelé à y jouer et exprime le vœu que le barreau se prépare à assurer les nouvelles tâches qui lui incomberont.

L. R.

Impulsions irrésistibles et troubles du comportement révélateurs d'encéphalopathies méconnues, par Paul Nayrac, Pierre Graux, Jacques Caron et Pierre Maurin. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 27 février 1953).

Une malade présente des impulsions irrésistibles conduisant à des actes de violence. L'électro-encéphalogramme révèle une labilité lente désorganisée

et l'encéphalographie une atrophie importante atteignant la région sous-tentorielle.

Une autre malade est hospitalisée pour une maladie de Basedow, de la débilité mentale, des réactions caractérielles, des fugues avec conduite scandaleuse. A l'encéphalographie, il existe un aspect d'encéphalite avec réaction cellulaire du liquide céphalique et l'électro-encéphalogramme objective une comitialité psychomotrice. L'origine encéphalique de l'hyperthyroïdie est probable.

L. R.

Valeur et limites d'une théorie monogénésique du crime fondée sur les troubles affectifs, par Enrico Altavilla (de Naples). (*Theoria. A. Swedish Journal of Philosophy and Psychology*, vol. 18, n° 3, 1952, p. 113-138).

Rappelant la théorie monogénésique de Patrizi, « le crime est presque toujours le raccourci, la route interdite pour parvenir à la satisfaction d'un besoin (normal ou pathologique) de la vie organique et affective, au bénéfice, soit de l'individu, soit de l'agrégat domestique et social, soit de l'espèce », l'auteur étudie ensuite le rôle de la cénesthésie et du tonus affectif. Puis sont considérés la conception criminogène de l'affectivité, les rapports de l'affectivité et de la sociabilité, la dynamique criminogène des troubles affectifs. Sont aussi envisagées les principales causes pathologiques de dissociation affective : syndromes post-encéphalitiques, schizophrénie. Enfin, sont montrés les caractères cliniques des inaffectifs, et des hyperinstinctifs, ainsi que l'importance des crimes « réactifs ».

V.-J. Durand.

La névrose post-traumatique notamment en matière d'accident du travail, par L. Gayral et H. Stern. (*Bulletin de la Société de médecine du travail de Toulouse*, séance du 27 juin 1953).

Observation de névrose compliquant des lésions organiques radiculo-rachidiennes, après un accident dans une galerie de mine, ayant entraîné une invalidité considérable et prolongée. Les auteurs insistent sur la réalité et l'objectivité du syndrome : « névrose traumatique », dont la symptomatologie et les critères sont bien connus par les travaux des psychiatres analystes.

L. R.

Responsabilité de l'alcoolisme chronique dans la détermination des accidents du travail, par Morice. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 30 juin 1953).

L'auteur a relevé 48 % d'alcooliques chroniques sur 900 accidentés du travail observés au centre régional de Caen et 18 % sur 18.800 ouvriers dépendant de ce centre. Les mêmes pourcentages ont été trouvés sur le personnel d'une grande entreprise nationalisée ; il y a donc environ trois fois plus d'alcooliques parmi les accidentés du travail que parmi la masse de travailleurs et l'alcoolisme chronique est responsable de deux accidents du travail sur trois.

L. R.

Quelques aspects de la reprise du travail chez les accidentés, par V. Raymond, A. Sivadon et J. de Verbizier. (*Bull. de la Société de médecine et d'hygiène du travail*, séance du 24 juin 1954).

Quelques exemples, des facteurs psychiques, familiaux, sociaux, qui retardent ou empêchent la reprise du travail. L'importance du traumatisme doit être réduite à sa juste valeur. Les influences déprimantes de l'entourage, l'hospitalisme, l'oisiveté, doivent être énergiquement combattues. Une psychothérapie correctement faite est souvent plus efficace qu'un reclassement décevant.

L. R.

Sur les examens destinés à établir la preuve de la présence d'alcool dans l'organisme, par M. Rouvillois (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 21 juillet 1953).

Sur une intervention de M. Rouvillois, l'Académie émet le vœu suivant : « L'Académie, considérant l'intérêt qu'il y a à rendre légalement possible sans plus tarder la pratique d'examens médicaux, cliniques et biologiques, destinés à mettre en évidence la présence éventuelle d'alcool dans l'organisme des auteurs de crimes, de délits et d'accidents de la circulation, prie instamment l'Assemblée nationale de ne pas disjoindre du texte adopté déjà en première lecture sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, les dispositions qui tendent à compléter dans ce sens notre législation. »

L. R.

L'examen des délinquants alcooliques et toxicomanes, par le Dr Marcel Alexander. (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, mars 1954).

Résumant 12 délits ou crimes commis sous l'influence de l'alcool, M. Marcel Alexander souligne l'intérêt du dosage de l'alcool dans le sang. Mais ce dosage ne doit pas être pratiqué seulement chez les auteurs d'accidents de roulage. Il est souhaitable que lors de toutes les infractions où l'influence de l'alcoolisme, aigu ou chronique, peut être suspectée, il soit fait une prise de sang et un examen immédiat du sujet. Examen qui devrait aussi dans certains cas être pratiqué chez la victime.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 novembre 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 novembre 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 20 décembre 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

M. le D[r] André CEILLIER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), expert près les tribunaux, Officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le D[r] Pierre GISCARD, médecin-chef à l'hôpital Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur :*

M. le D[r] Henry-Ed. CHRISTY, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier, à Bron (Rhône).

Ordre de la santé publique

Ont été promus au grade d'*Officier dans l'Ordre de la santé publique :*

M. le Dr P. Meignant, président de l'Association régionale (Nancy) pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence en danger moral ;

M. le Dr M. Montassut, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-juif (Seine) ;

M. le Dr J. Rondepierre, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr J. Trivas, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Niort (Deux-Sèvres).

Ont été nommés au grade de *Chevalier* dans l'*Ordre de la santé publique :*

Mlle le Dr M. Buisson, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le Dr P. Deniker, médecin à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Paris ;

M. le Dr G. Deshaies, médecin-chef à l'Etablissement national de Saint-Maurice (Seine) ;

Mme le Dr M. Humbert, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura) ;

M. le Dr P. Mondain, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Naugeat à Limoges (Haute-Vienne) ;

M. le Dr J.-B. Royer, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Yzeure (Allier) ;

M. le Dr P. Sivadon, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Nominations

M. le Dr André-P.-L. Beley est mis à la disposition du préfet de la Seine pour être affecté en qualité de médecin-chef à l'un des hôpitaux psychiatriques de ce département ;

M. le Dr G. Bollotte est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de la Chartreuse, à Dijon (Côte-d'Or) ;

M. le Dr Bernard Roger est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental d'Evreux (Eure) ;

M. le Dr L. Roland est mis à la disposition du ministre des Affaires tunisiennes et marocaines en vue d'exercer les fonctions de médecin des hôpitaux psychiatriques au Maroc ;

M. le Dr Bernard Schmitz est mis à la disposition du préfet de la Seine en vue de sa désignation en qualité de médecin assistant au Centre de prophylaxie mentale Henri-Rousselle ;

M. le Dr Louis Vallade est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

Mme le Dr Marie-Thérèse Zangerlin-Colet est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Beauregard (Cher).

Ont été nommés à l'Hôpital Henri-Rousselle :

Attachés de consultation de *psychiatrie générale :* MM. les Drs Paul Trillat et Jacques Puech ;

Attaché de consultation pour *troubles comitiaux :* M. le Dr Henri Danon-Boileau ;

Attaché de consultation de *neurologie :* M. le Dr Julian de Ajuriaguerra ;

Attaché de consultation de *physiothérapie, agents physiques :* M. le Dr Paul Lefèvre ;

Attaché de consultation d'*oto-rhino-laryngologie :* M. le Dr Jacques Massonnet ;

Chargé de travaux d'*électro-encéphalographie :* Mad. le Dr Gabrielle Lairy.

Recrutement et statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que ceux de la Seine

L'article 14 du décret du 25 décembre 1938, modifié par les décrets du 21 mai 1940, 27 mai 1942, 1er septembre 1950 et 5 mai 1954, est modifié comme suit :

« Premier alinéa, sans changement.

« Ils sont chargés de la direction des hôpitaux psychiatriques. Seuls, les établissements dont la capacité maximum fixée par le ministre de la santé publique et de la population est supérieure à 1.000 lits pourront être confiés à des directeurs administratifs. »

Concours pour la nomination d'un médecin-psychiatre affecté à la direction de la santé de la Corse

Un *concours sur titres* est ouvert à la préfecture de la *Corse* pour le recrutement d'un *médecin-psychiatre* à temps complet, qui sera affecté à la direction de la santé de la Corse.

Les *inscriptions* seront reçues à la préfecture de la Corse (3e division) jusqu'au *31 octobre 1954* inclus.

SOCIÉTÉS

Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Languedoc méditerranéen

La *réunion inaugurale* de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Languedoc méditerranéen commencera à 9 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Montpellier, le *7 novembre 1954*.

Sujet traité : « *Le syndrome subjectif des traumatisés craniens. Données actuelles.* »

Les rapports suivants seront présentés :

Introduction [historique et évolution] (M. P. Pagès).

Aspects cliniques et évolution. Incidences sociales et médico-légales (MM. R. Lafon, R. Labauge et Mlle Boyer).

Aspects endocrino-métaboliques et végétatifs (MM. R. Lafon, R. Labauge, J. Minvielle et A. Pagès).

Aspects radiologiques (MM. P. Bétoulières, R. Labauge, J.-P. Temple et R. Paleirac).

Etude électro-clinique (MM. P. Passouant, Cl. Gros, J. Cadilhac et B. Billet).

Retentissement sensoriel : ophtalmologie (MM. Ch. Dejean et H. Viallefont) ; oto-rhino-laryngologie (MM. J. Terracol et Guerrier).

Conclusions et ouverture de la discussion (M. Cl. Gros).

Des communications sur les sujets du rapport sont acceptées.

Inscription et renseignements auprès du *secrétaire général :* M. le professeur Claude Gros, Cliniques Saint-Charles à Montpellier.

Ligue nationale belge d'hygiène mentale

La *Ligue nationale belge d'hygiène mentale* tiendra, le dimanche *28 novembre 1954, à Louvain, sa VII*e *Journée nationale.* sous la *présidence* du Dr M. Alexander, président de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale.

Ces réunions annuelles ont un but d'information et de propagande. Les Journées antérieures, inaugurées à Anvers en 1948, et tenues depuis lors successivement à Liége, Bruxelles, Gand, Charleroi et Bruxelles, ont obtenu un succès toujours croissant auprès d'un public nombreux, composé de représentants des pouvoirs publics, de personnalités officielles, de personnes d'œuvres, de médecins, de pédagogues, d'infirmières et d'auxiliaires sociales.

La Journée nationale de novembre 1954 aura pour thème : « *Les problèmes de l'épilepsie* ».

Pour tous renseignements, s'adresser au *Secrétariat de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale,* chaussée de Vleurgat, 98, à *Bruxelles.*

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Colloque sur la santé mentale de l'enfant (Sydney, 1953)

Le Gouvernement australien a organisé à *Sydney,* au cours de l'été *1953,* un colloque réunissant 12 pays ou territoires de la Région du Pacifique occidental et où il a été possible de comparer les traditions et coutumes de l'Orient et de l'Occident ainsi que leurs effets sur la santé mentale des enfants.

Le numéro de septembre 1954 de la « Chronique de l'Organisation mondiale de la Santé » rend compte de cette réunion dont le but était « d'étudier les premiers stades de développement de la personnalité, en tenant compte spécialement des éléments générateurs de bonne ou de mauvaise santé et d'examiner comment faire bénéficier l'éducation et la protection médico-sociale de l'enfant des connaissances acquises dans ce domaine ».

Après avoir défini trois étapes principales (maturation, adaptation, acquisition de la connaissance) au développement de la personnalité, aboutissant à une prise graduelle de conscience du « moi » comme distinct du milieu, et distingué plusieurs moyens d'acquisition de la connaissance (contagion affective ; réflexe conditionné ; communication des idées ; association, coordination des expériences), les congressistes, représentant sept professions, ont envisagé la santé mentale de l'enfant (telle qu'elle se manifeste dans le développement de sa personnalité) en fonction de la société dont il fait partie. Ils ont insisté sur le fait que l'établissement de relations satisfaisantes entre la mère et l'enfant est, pour ce dernier, l'élément le plus important de la santé mentale.

Le nouveau code de la route. L'examen médical des conducteurs

(*Extraits d'un article de M. J.* Boyer, *paru dans la* Presse médicale *du 4 septembre 1954*).

Le nouveau code de la route, paru à l'*Officiel* du 14 juillet, contient des innovations heureuses. Certaines modifications intéressant particulièrement les médecins ont trait à la lutte contre le bruit, les fumées, l'alcoolisme, et à l'examen médical des conducteurs.

Lutte contre le bruit. — Le nouveau code donne une possibilité d'améliorer la lutte contre le bruit. C'est ainsi que son article 34 précise :

Dans les agglomérations, le maire, après approbation du préfet, peut limiter l'emploi de l'avertisseur sonore, ou même l'interdire en dehors du cas de danger immédiat.

A Paris, le préfet de police a aussitôt, par l'ordonnance du 20 juillet 1954, interdit, sauf en cas de danger immédiat, l'usage de l'avertisseur sonore.

Malheureusement, les avertisseurs sonores ne sont pas les seuls responsables de ce tumulte ; les motocyclettes et certains camions sont très bruyants. Si le code rend obligatoire un dispositif d'*échappement silencieux*, il faudra du temps pour réaliser cette réforme.

Lutte contre les fumées. — L'article 69 du nouveau code précise :

Les véhicules automobiles ne doivent pas émettre de fumées pouvant nuire à la sécurité de la circulation ou incommoder les autres usagers de la route.

L'alcoolisme des chauffeurs. — Des sanctions graves sont prévues contre tout conducteur en état d'*ivresse*, qu'il provoque ou non un accident. Le préfet peut en effet lui retirer son permis pour une durée maxima de deux ans (article 130 du nouveau code).

Et la loi du 15 avril 1954 prévoit dans son article 11 :

Les officiers ou agents de la police administrative ou judiciaire doivent, *lors de la constatation d'un crime, d'un délit ou d'un* accident de la circulation, *faire procéder sur la personne de l'auteur présumé, aux vérifications* médicales, cliniques et biologiques, *destinées à établir la preuve de la présence de l'alcool dans son organisme, lorsqu'il semble que le crime, le délit ou l'accident a été commis ou causé sous l'empire d'un* état alcoolique. *Dans le cas* d'accident matériel, *il ne sera procédé à cet examen que si le ou les auteurs présumés semblent en état d'*ivresse. *Dans tous les cas où il peut être utile, cet examen est également effectué sur la victime.*

Donc, en cas d'accident de la circulation, le conducteur *présumé en état d'ivresse doit subir une prise de sang pour recherche de l'alcool.*

Examen médical des conducteurs. — Le nouveau code précise les conditions dans lesquelles l'examen médical des conducteurs est obligatoire et l'*arrêté du 21 juillet 1954* donne la liste des affections incompatibles avec la délivrance d'un permis déterminé pour les chauffeurs d'autocar (*examen médical tous les cinq ans*), les chauffeurs de taxi (*examen médical périodique* pratiqué, lui aussi, tous les cinq ans, mais exigences médicales moins grandes que dans le cas précédent), les chauffeurs de poids lourds (seul, l'examen médical *initial* a été maintenu), les automobilistes et motocyclistes (cas où cet examen peut être fait *de façon occasionnelle*). Lorsqu'un examinateur estime qu'un candidat au permis tourisme ou motocyclette semble présenter une déficience physique ou a un âge avancé, il exige une visite médicale. Si, à cette occasion, le médecin découvre une affection compatible avec l'obtention du permis mais susceptible de s'aggraver, la durée du per-

mis tourisme ou motocyclette sera limitée et, à l'expiration du délai accordé, le conducteur passera un nouvel examen médical. Dans ce cas particulier, sera institué un examen médical périodique.

Si le candidat au permis est atteint d'une infirmité importante (amputation étendue, par exemple), il ne pourra généralement être autorisé à conduire qu'une voiture spécialement aménagée.

L'article 128 du code précise le point suivant :

Si, postérieurement à la délivrance du permis, *il est constaté que le titulaire est frappé d'une affection temporaire ou permanente incompatible avec l'obtention du permis, le préfet du département où cette constatation a lieu prononce, par arrêté, la restriction de validité, la suspension ou l'annulation du permis.*

Ainsi un conducteur, interné pour troubles mentaux, ou venant d'obtenir les avantages accordés aux aveugles civils, sera privé de son permis. De plus, lorsqu'un chauffeur a provoqué un accident, ou même lorsqu'il a commis une infraction grave à la police de la route, il peut être appelé à comparaître devant la commission des retraits de permis de conduire. A cette occasion, si une incapacité physique grave est décelée, le permis sera retiré, et si une affection susceptible de s'aggraver est découverte, un examen périodique sera institué.

En conclusion :

examen médical *périodique* pour les chauffeurs de cars et de taxis ;

examen *unique* pour les *candidats* au permis poids lourds ;

examens médicaux *occasionnels*, soit avant l'obtention des permis tourisme ou motocyclette, soit en cas d'accident ou d'infraction à la police de la route.

Affections incompatibles avec la délivrance des permis de conduire. — Parmi ces affections, le groupe IV concerne l'*état mental*. Toutes les *psychoses et les états délirants* ainsi que les *mégalomanies et les complexes de supériorité et d'orgueil* (paranoïa), l'*affaiblissement mental ou moteur sénile* (ou présénile), les *toxicomanies* et notamment l'*alcoolisme chronique*, enfin les *crises convulsives*, sont éliminatoires dans tous les cas.

Des distinctions figurent pour les autres affections mentales.

« Toutes *dysgénésies mentales*, notamment les débiles, les pervers, les instinctifs, les instables et surtout les déséquilibrés », les *hypomanies* et *syndromes périodiques* à forme maniaque ou dépressive, sont éliminatoires.

Les « petits déséquilibrés », les « débiles légers », les « petits obsédés avec ou sans complexes d'infériorité », et les hypomaniaques sans complexe de supériorité, les sujets atteints de syndromes périodiques, peuvent au contraire obtenir un permis temporaire tourisme ou motocyclette.

En cas de *vésanie ayant entraîné l'internement*, le sujet doit être examiné par un neuro-psychiatre qui, du moins en présence de conducteurs de poids lourds ou transport en commun, jugera avec la plus grande prudence, aucun permis ne devant être restitué dans les six mois qui suivent la sortie de l'asile.

Le groupe V concerne les *affections neurologiques* et la motricité. Sont éliminatoires : l'*épilepsie*, la *paralysie générale*, l'*hypertension intracranienne*, notamment celle relevant de *tumeurs cérébrales*, et toutes les affections méningées, cérébrales, aiguës ou chroniques, entraînant une déficience de la coordination des mouvements telles que chorée, maladie cérébelleuse, etc...

En ce qui concerne le permis de transports en commun et poids lourds, sont incompatibles les *blessures du crâne* récentes (moins de deux ans) ou

s'accompagnant d'atteinte des méninges ou de l'encéphale, les *méningites chroniques*, les *amnésies* de toutes natures, les *tremblements*, ainsi que tous les *spasmes* et les *rigidités spasmodiques* (Parkinson notamment), et l'*aphasie*.

Pour la conduite des véhicules de tourisme ou des motocyclettes, certaines de ces affections peuvent donner droit à un permis temporaire : si les blessures du crâne récentes (moins de deux ans) sont éliminatoires lorsqu'elles sont accompagnées de lésions des méninges ou de l'encéphale, les autres permettent l'obtention d'un permis temporaire, ainsi que certaines méningites chroniques, certaines amnésies, les tremblements héréditaires, la maladie de Parkinson et les parkinsonismes évoluant lentement, enfin les « petites aphasies ».

Dans tous les cas (groupes lourd et léger), les affections du système nerveux et des muscles telles que la *syringomyélie*, les *polynévrites*, la *myopathie*, entraînant un déficit moteur sensitif ou coordinateur, sont éliminatoires.

Dans la conduite des camions et des autocars, aucune prothèse, ni aucun aménagement du véhicule ne peuvent être admis pour corriger une déficience physiologique du conducteur. Les *lésions des nerfs périphériques* sont donc toujours éliminatoires. Au contraire, pour le groupe léger (voiture de tourisme et motocyclette), des prothèses sont admises et ces affections sont compatibles si elles sont appareillables.

La *paralysie faciale* est une cause de refus pour le groupe lourd mais permet d'obtenir un permis temporaire pour le groupe léger.

ASSISTANCE

Les psychoses syphilitiques aux Etats-Unis

Evaluation en dollars du coût des psychoses syphilitiques et de la cécité syphilitique en 1949-1950.

Entretien des malades atteints de psychose syphilitique : 41.162.000.

Pertes de revenu dues aux psychoses syphilitiques : 86.489.000.

Pertes d'impôts d'Etat et d'impôts fédéraux dues aux psychoses syphilitiques : 6.790.000.

Entretien des aveugles syphilitiques : 18.750.000.

(*La Presse médicale*, 22 septembre 1954).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1954 (4e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 86.599. — 1954.
C.O.A.L. 31.2330.